

CHAPTER 1**EXAMINATION**

3 Station will be from this Chapter. So prepare very well.

Before any Examination:

- First sanitize hand
- Right side approach
- Greetings
- Introduction
- Biodata
- Take permission from patient for examination

Every step has number Don't miss any step.

Do Examination according this Methods.

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔ دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Start from this before any examination.

Then go for examination according explained.

Abdominal Examination

(V.imp for mandatory station) PAST: 2021,2023,2024

In abdominal examination we will do Inspection, Auscultation, Palpation, Percussion.

First better to do **Auscultation** because bowel sound will be change after Palpation and Percussion.

1. Inspection

Remember 5xS

Size (B/L symmetrical)

Shape (Flat, Scaphoid, Distended)

Scars (If any past surgery)

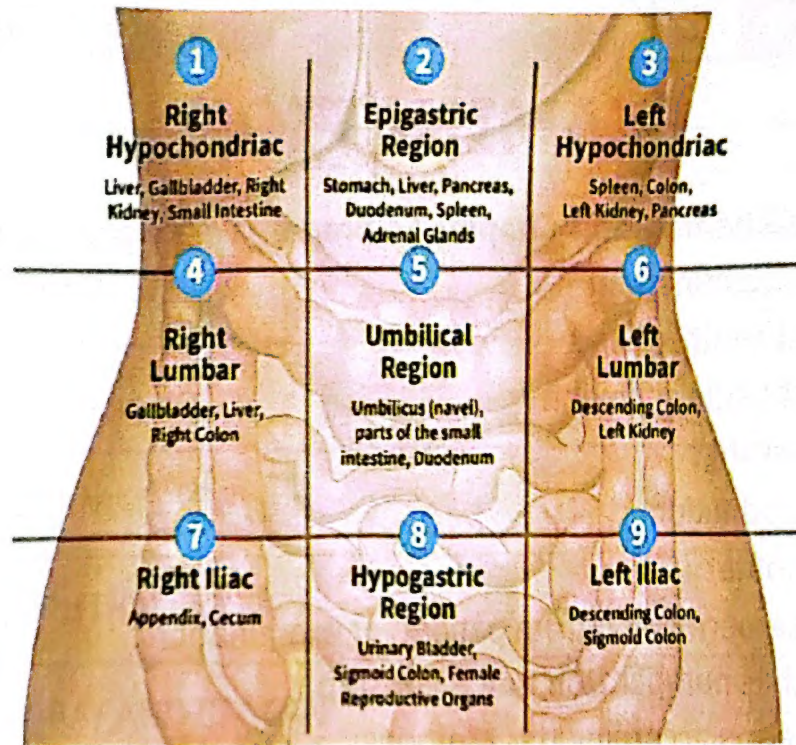
Stoma

Skin lesion

Prominent peristaltic waves

Cough Impulse to check Hernia

Umbilicus (Inverted/ Everted)



2. Auscultation

- Bowel sound**_ Audible with Diaphragm of stethoscope.
(3 to 5 per mint are normal) .
- Abdominal Bruit** _ Audible with Bell of stethoscope on R & L
Renal Artery bruit, abdominal Aortic bruit, R & L iliac bruit.
- Succussion splash**_ after drinking and eating put stethoscope on left to epigastric region and heard noise breathing by shaking abdomen. Its show delay gastric emptying due to gastric outlet obstruction.

3. Palpation

Make S shape on abdomen by checking superficial and deep palpation.

- Superficial palpation**_ Check tenderness, rigidity of muscles,
Pain, Lump
Give command to patient:

کردن دوسری طرف موڑ لیں اور لیے لیے سانس لیں

- Deep palpation**_ Tenderness, Rigidity, Guardening, Deep Mass.
- Visceral palpation**

Spleen: Start palpation from RIF fossa to LHC if can't palpate then turn patient towards doctor by putting left hand below under ribs posteriorly and palpate with right hand.

Liver: Start palpation from RIF to Epigastrium then do percussion Mid clavicular to 5 ICS.

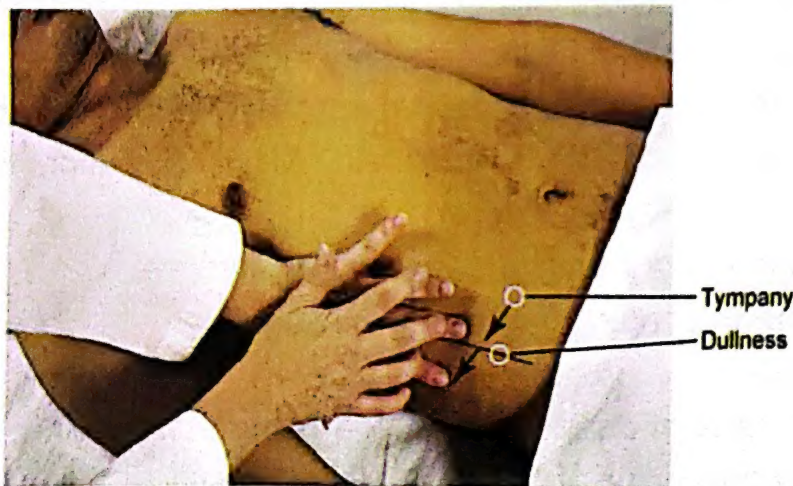
Kidney: Put left hand below flank and palpate with right hand. Look on the picture.



Bladder: Make C shape palpate with left thumb and index finger start from epigastric region to hypochondrium.

4. Percussion

- a. **Fluid thrill**_ Check vibration if fluid
- b. **Shifting dullness**_ Start from epigastric region to umbilicus then give command to the patient turn left side and wait for 15 sec then percuss umbilicus to flank and see shifting dullness.



- c. **Liver:** Start percuss from Midclavicular to 5ICS. then start RIF to Right Intercostal ribs. (Normal liver size 10-14cm)
 - d. **Spleen Palpation methods:**
 - **Castels methods:** Start percuss ant.axillary to Down till 9ICS check dullness if splenomegaly.
 - **Traubes space:** Make a space between 6ICS, intercostal ribs, Mid axillary. Start percuss in space medial to lateral.
- If Dullness think:
- Massive splenomegaly

- Large meal
- **Nixon's methods:** Start percuss post axillary to 11ICS. Then Percuss mid of intercostal rib to upward to post axillary. Check dullness. (Normal spleen size 6 to 8 cm).

Note: Remember to ask about Rectal examination to check prostate and Rectal pathology in abdominal examination. Then check Inguinal region and Genitalia.

Respiratory System Examination

(Important for mandatory Station, Past 2021)

1. Inspection

- **Shape of chest:** (Normal B/L symmetrical)
If sternal abnormalities then see:
Pectus carinatum_ Pigeon chest
Pectus excavatum_ Funnel chest
- **Respiratory rate:** Normal_ 16 to 18 /mint
Count in front of examiner and Give command to patient to take normally breath.
- **Chest Expansion:** Bilateral Equal
In normal breathing no accessory muscle involve.
If respiratory problem then see accessory muscles:
Sternocleidomastoid, Pectoralis Major & minor, Serratus Anterior, Latissimus dorsi.
- **Hand:** Check clubbing, Cyanosis, Tremors
- **Position of apex:** Visible in thin People

2. Palpation

- **Diameter of chest:** Ant Post and Transverse With inche tap.
- **Circumference of chest:** Give command to the patient to take deep breath and hold then measure chest circumference with inche tap.
- **Chest Movement:** Should be B/L Equal.
Check on both side of chest.
- **Trachea:** Palpate trachea with ring finger if deviate then think:
 - i) Lung fibrosis- if deviate to the same side
 - ii) P.E and Pneumothorax- if deviate to opposite side



- **Position of apex beat:** Count ICS on left side of chest till 5 ICS 1.2 cm at medial to midclavicular line. Place hand on apex then ulnar side then ring finger.

- **Tactile fremitus:** Place ulnar border of hand in intercostal space and give command to the patient to say 111 and compare both side of chest Anterior Posterior side.
If Increase _ Lobar Pneumonia, TB
If decrease _ P.E , Pneumothorax

3. Percussion

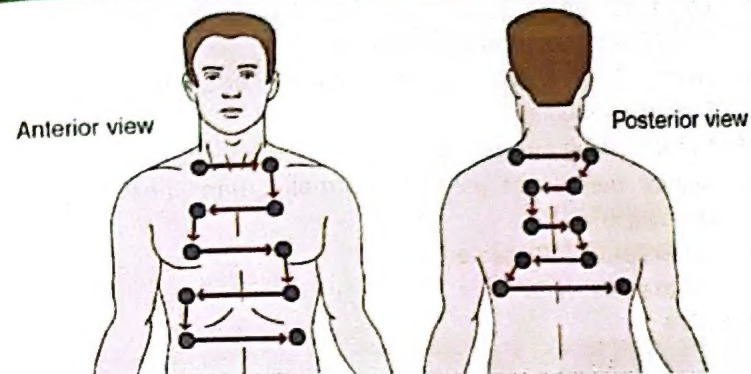
Two types: Topographic and Comparative percussion.
Compare both side of chest during percussion.
Normal Percussion: Resonant sound



- **Topographic Percussion**
Main line for percussion:
Supraclavicular line, above scapula
Para sternal line till 4ICS
Midclavicular line 5ICS
Ant.Axillary line till 6ICS
Mid.Axillary line till 7ICS
Post.Axillary line till 8ICS
Suprascapular line 9ICS
Supra, inter, infrascapular line till 10ICS
Paravertebral line till 11ICS
- **Comparative Percussion**
Main line for percussion:
Mid clavicular line till 5ICS
Mid axillary till 7ICS
Suprascapular, interscapular, infra scapular till 10ICS

4. Auscultation

Order of Auscultating Lung Sounds



- **Air entry:** Check air entry in both side of chest with stethoscope during breathing.
(Compare both side and also axillary side)
Normal breathing: B/L vesicular breathing
- **Abnormal Sound:** if any wheeze, crepitus, bronchial breathing
- **Vocal Resonance:** Compare both side with stethoscope by saying 111.

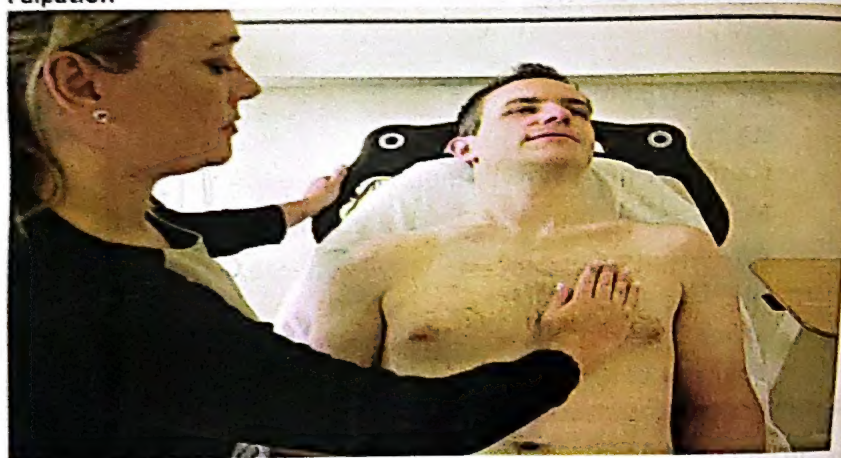
Cardiovascular Examination (Past2021,2024)

1. Inspection

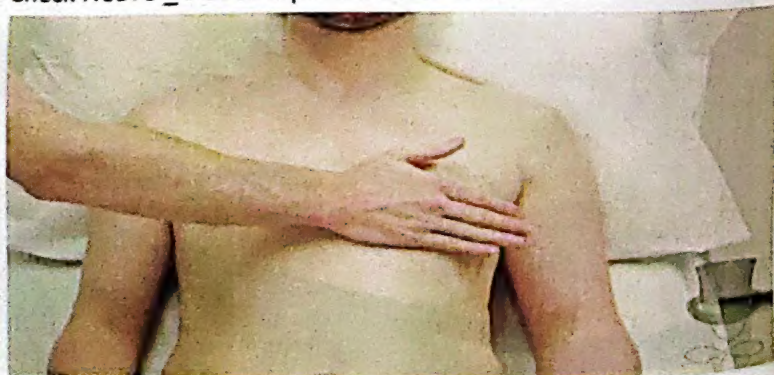


- Make angle 45°
- Shape of chest B/L symmetrical
- Chest scar, lesion, spider navi, Angioma, Sternal abnormality Like Pigeon chest and Funnel chest
- Hand_ Radial Pulse, then compare both radial pulse, Cyanosis, clubbing
- Facial flushing on face RHF
- Jugular pulse_ not palpable normally then check JVD by pressing RHC
- Carotid pulse _ Palpable
- Ask to measure BP

2. Palpation



- First palpate Apex beat_ Count Rib 2^{nd} ICS to 5^{th} ICS at mid clavicular line put full palm then ulnar side of hand then ring finger.
- Check Heave _ Put Left parasternal heave if RVH



iii) Palpable murmurs

Check by Proximal interphalanges joint of palm.

There will be thrill if any murmur.

3. No percussion of precordium sometime we can do to find border of heart.

4. Auscultation

- Draw Z shape to perform Auscultation. Start from distal to proximal.

S1_ Best heard at mitral area then Tricuspid area

S2_ Best heard at pulmonary area then aortic area

3^{rd} ICS_ Aortic Regurgitation

Then check every valve.



- Check mitral valve with both Diaphragm and Bell of stethoscope.

سانس پھر نکال کر روک لیں۔

- Tricuspid Valve check with both Diaphragm and Bell of stethoscope.

سانس اندر لے کر روک لیں۔

- Pulmonary valve check with only Diaphragm.

اٹھ کر بیٹھے آگے جھک کر۔ سانس اندر لے کر روک لیں۔

- Aortic valve check with only diaphragm.

بیٹھ کر سانس پھر نکالیں اور روک لیں۔

Thyroid Examination

Must Required 2 things: Paper and Glass of water

1. Inspection:

Hand: Put paper on dorsum of hand and check Tremors then check Cyanosis, Pulse, Clubbing then see neck to check site, size, shape of thyroid.

Movement of thyroid:

پانی سے ایک گونٹ اور جب تک میں نہ بولوں پتا نہیں؟

Look on thyroid movement if goiter.

زبان باہر نکالیں

Look on thyroid if move on protruding of tongue then think thyroglossal cyst.

INSPECTION OF THE NECK

At rest



Swallowing



Palpation for a thyroid mass



Palpation for tracheal deviation

2. Palpation

Stand behind the patient and put hand fingers on thyroid bilaterally. Palpate one side and feel then do same on other side.

If tenderness with temperature: Thyroiditis

If soft swelling: Thyroid cyst

If hard to palpate: Thyroid Carcinoma

3. Percussion

Start percussion from retrosternal extend to thyroid and heard any dullness if thyroid enlargement.

4. Auscultation

- i) Heard thyroid bruit with bell of stethoscope. Give command to the patient to hold the breath.

پانی سانس لے کر روک لیں۔

Hard sign of Grave's disease

- ii) Also check Tachycardia at apex.

Eye Examination:

Must perform eye exam to confirm Hyperthyroidism.

1. Exophthalmous

Check protruding of eye ball out side.

2. Lid lag lid retraction

Make H-shape to confirm abnormal movement of eye ball.

سر کو ہائے بغیر میری انگلی کی طرف دیکھنا ہے۔

3. Pretibial edema (Pink plaque leg)_ seen in Hyperthyroidism

4. Pedal edem_ Seen in hypothyroidism.

Cerebellum Examination (Past 2019,2021)**Viva Question:**

Cerebellum is known as little brain. It is 2nd largest part of the brain.

It is located behind brain stem.

Lobe f Cerebellum:

1. Ant. Lobe
2. Post. Lobe (Advance Lobe)
3. Floculonodular lobe (Primitive lobe)
 - 2 Cerebellar Cortex attach with vermis.

Function: 1. Coordination 2. Balance 3. Tone of muscles

How to examine cerebellum?**1. Inspection:**

- Check Nystagmus, Hand tremors, Body position stability.
- Eye movement by making H-shape by your finger. Ask the patient to look on finger without moving neck.
- Check scanning speech_ Give difficult words to patient for speak like "British Constitution"
- He/She will not pronounce correctly.

2. Finger nose test (If patient is unable to touch his nose then result will be dysmetria.)

**ASSESS
COORDINATION**
PAST POINTING IS NOTED
IN CEREBELLAR DISEASE



- Dysdiadochokinesia (Put one hand on other palm and dorsum)



Single line walk if cerebellum problem then he will not walk on single line.

Other check:

Trendelenburg Gait (Duck like walk)

Magnetic Gait (Walk on sole)

Broad Gait (Walk by openly leg)

4. Tendon gait (Give command to the patient walk on sole then come back on heel)
5. Romberg test Hold hand on shoulder and stand without support if patient fall. Romberg test will +Ve.

6. Tone of Muscles (Check upper & lower limb)
7. Heel shin test _ (Rub heel on leg one by one)



**ASSESS
COORDINATION**
HEEL TO SHIN TEST
INCOORDINATION NOTED
IN CEREBELLAR DISEASE

8. Pendular knee_ Check knee reflex with hammer if cerebellum problem then knee joint movement will be like pendulum.

Cranial Nerve Examination

Very Very important. One station will be from these nerves.

1. CN-I Olfactory Nerve Examination

- Pure Sensory and control smell sensation If damage result will anosmia.
- Pass through ant. cranial fossa cribriform plate of ethmoid bone.

Examination:

Introduce first then take consent before examination. At the end of examination say thanks to patient.

!سلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کے سونگھنے کی حس چیک کرنی ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Then put perfume on cotton and close one nostrils of patient. Then bring cotton to other nostrils and ask from patient about smell. Do same on both side.

At the end say,

آپ کے تعاون کا شکریہ

2. CN-II Optic Nerve Examination

(Pure sensory)

Introduce first then take consent before examination. At the end of examination say thanks to patient.

السلام و علیکم

برا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی آنکھ کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟

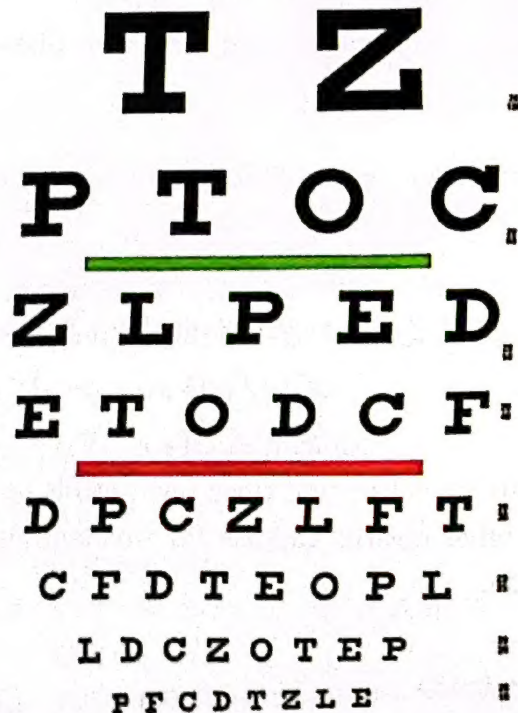
دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

1. Inspection

- Xanthelasma, Conjunctivitis, Nystagmus
- Symmetry of the eye
- Ptosis, Pupil

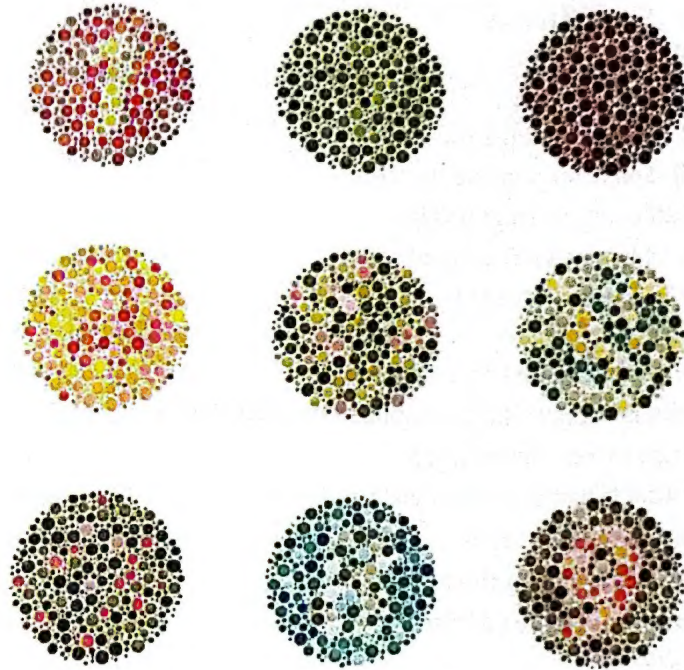
2. Visual Acuity

We use snellen chart. Close one eye and read from an other eye.
Distance from eye to snellen chart 6M (20 feet).



3. Color

We use Ishara chart for color blindness.



Viva_ D/D for color blindness

- Congenital color blindness
- Optic neuritis
- Vit.A deficiency

4. Light reflex.

Check light reflex by torch. Put light from lateral and bring light in front. Look dilated pupil or Constricted pupil.

5. Accommodation_ Check pupil convergence and conception.

At the end say,

آپ کے تعاون کا شکریہ

6. CN-III Oculomotor (Motor)

Viva Question:

- Origin Mid brain (Ant.View) and helps to open the eye.

- Muscle Supply:
 - i) Levator Palpebral superioris
 - ii) Superior rectus
 - iii) Medial rectus.
 - iv) Inferior rectus
 - v) Inferior oblique muscles
 - vi) Sphincter papillae muscles

If 3rd CN damage result will be :

Ptosis + Mydriasis + Divergent squint

7. CN-IV Trochlear (Motor)

Viva Question

- Origin Mid brain (Post view)
Muscle supply: Superior oblique muscle(SO4)
Helps to look down vision.
If 4th CN damage result will be:
 - Difficulty down stairs
 - Difficulty reading the book

8. CN Abducens Nerve (Motor)

Viva Question

Originate from ponto medullary junction of brain stem.

Muscle supply: Lateral rectus (LR6)

Responsible lateral movement of the eye.

If 6th CN damage result will be:

Convergent squint (Medial movement of the eye)

Examination of 3rd, 4th and 6th CN

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی آنکھ کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟
دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

1. Inspection

- Xanthelasma, Conjunctivitis, Nystagmus
- Symmetry of the eye
- Ptosis, Pupil

2. Movement of eye ball

By making H pattern with finger. Give command to the patient look on this finger with out rotating head and neck.

3. Pupillary light reflex

Check light reflex by torch. Put light from lateral and bring light in front. Look dilated pupil or Constricted pupil.

At the end say thanks to patient:

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

5th CN: (Mix nerve)

Division_ Pons

CNV1_ Ophthalmic branch (Sensory) Pass through sup orbital canal.

CNV2_ Maxillary (Sensory) Pass through foramen rotundum.

CNV3_ Mandibular (Motor) Pass through foramen ovale. Supply to muscle of mastication

Remember: Sir Room Only

Mastication Muscle name:

Temporalis Muscle

Masseter Muscle

Medial pterygoid

Lateral pterygoid

5th CN Examination

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کے منہ کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟
دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

1. Inspection

Facial irritability

Lesion

Nasal deformity

2. Sensation

- i) Light touch (Check on both side with light touch of cotton bud)

- ii) Pin prick touch (Check both side with sharp pin)
- iii) General sensation

جب آپ کچھ کھاتے ہیں ٹھنڈا یا گرم تو محسوس ہوتا ہے؟

3. Motor function

Check muscle of mastication.

آپ کو منہ میں کہیں درد تو نہیں ہے؟ جب آپ کھانا کھاتے ہیں درد تو نہیں ہوتا؟

7Th CN Examination (Mix)

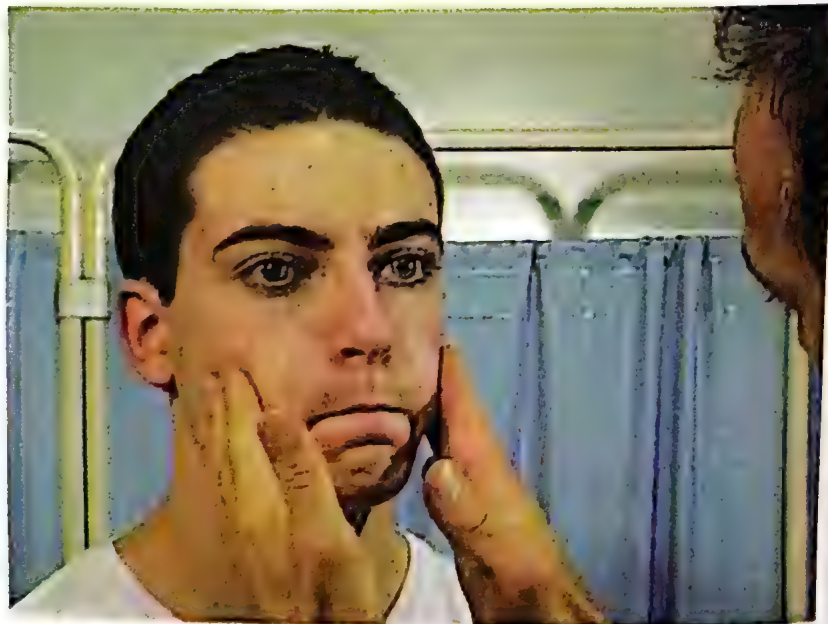
1. Inspection

- Symmetry of face
- Symmetry of the angle of mouth
- Expression of the face
- Wrinkle on the forehead_ Give command to the patient look upward.

2. Ask the patient to close the eye, And then doctor try to open patient eyes forcibly. If can't open then 7Th CN is normal.

3. Balloon the cheeks then tap on both side.

Check palsy.



4. Special sensation of the tongue

جب آپ میٹھا یا میٹھی چیز کھاتے ہیں تو میٹھا محسوس ہوتا ہے؟

5. Stapedius

جب آپ کوئی آواز سنتے ہیں بوجھ تو نہیں بنتا یا زیادہ آواز تو نہیں آتی؟

8th CN _Vestibulocochlear Examination (Sensory)

Responsible for Balance and hearing.

1. Balance

Ask the patient to stand. Close both eyes and give command to move hand feet like running.

2. Hearing

Close one ear and whisper some words an other ear then ask that words from patient. Do this in method both side to check hearing loss.

3. Tuning fork test (Use to confirm hearing loss)

Parts: Handle, Prongs

i) Rennie test:

Touch TFT's on hard object like distal end of radius and bring end of Handle on mastoid when vibration listening slow then bring Prongs in front of ear.

Ask the patient where he listened better.

If AC > BC show +Ve Rennie test.

(Physiology/SNHL)

If BC > AC show -Ve Rennie test.

(Conductive hearing loss)



ii) Weber test

After touching TFT's with hard object, place the distal end of handle above forehead, Normal vibration on both side. No lateralization of vibration.

If SNHL_ Vibration will be more lateralize on unaffected side.

If CHL_ Vibration will be more lateralize on effected side.



Viva Example:

1. A patient with positive rannie test B/L and Weber test showing lateralize to Right side. Which deafness is present?

Ans: SNH left side

2. A patient with negative rannie test and weber test showing lateralize to Right side. Which deafness is present?

Ans: Right side conductive hearing loss

3. A patient with positive rannie test B/L and weber test is showing no lateralization.

Ans: Normal hearing

11th CN_Accessory Nerve (Motor)

Important for viva.

Supply to:

- 1) Sternocleidomastoid muscle
- 2) Trapezius muscle

Helps adduction of shoulder at 180° if damage result will be difficulty in combing the hairs.

9th and 10th CN_ Glossopharyngeal and Vagus nerve (Mix)

9th CN: Supply to Stylopharyngeus muscle and post 1/3 of the tongue.

If damage then result will be difficulty in swallowing.

10th CN: Supply pharynx muscle except stylopharyngeus.

Examination of 9CN and 10th CN

!سلام و علیکم

میرا نام ڈکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی پیدہ کی تھنیں کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کے منہ کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟
دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Inspection:

Facial irritability and Lesion

Look oral cavity, tongue

Symmetry of the vulva

منہ کھولیں آہ کریں اور زبان نیچے کریں۔

At the end say:

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

12CN_ Hypoglossal nerve (Motor)

Motor supply to upper 2/3rd of the tongue.

Examination:

Give command

منہ کھولیں اور لہنی زبان باہر نکالیں۔

Look on the symmetry of the tongue.

Upper Limb Examination

اسلام و علیکم!

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی پیدائی کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی بازو اور ہاتھوں کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟
دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Exposure

Position 45°

1. Inspection

(Remember SWIFT)

4S_ Skin changes, Symmetry of the muscles, Scar, Surgical marks

W_ Muscle wasting

I_ Involuntary Movement

F_ Fasciculation

T_ Tremors



2. Tone

Hypertonia: UMN lesion

Hypotonia: LMN lesion

3. Power of Muscle

Always compare the muscle strength on both sides of the body to identify any asymmetry.

4. Co-ordination

Perform any one

- Finger nose test
- Dysdiadochokinesia

5. Proprioception

Close the eye and move patient hand thumb in-out then ask from patient position of thumb in and out.

6. Sensation

Patient eyes should be close.

Light sensation: Touch with cotton bud

Touch sensation: Check with sharp pin

7. Reflex :

Check Biceps and Triceps tendon reflex with hammer.



At the end cover the patient say thanks to examiner.

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

Viva Question:

Tremors type:

Resting tremors_ Parkinson disease

Fine tremors_ Hyperthyroidism

Essential tremors_ Tremors at rest and worst at movement.

Intension Tremors: Tremors at movement

Lower Limb Examination

اسلام دینکرم
 میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی ناگوں اور پاؤں کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
 آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟
 دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Exposure

Position 45°

1. Inspection

(Remember SWIFT)

4S_ Skin changes, Symmetry of the muscles, Scar, Surgical marks

W_ Muscle wasting

I_ Involuntary Movement

F_ Fasciculation

T_ Tremors

**2. Tone**

Check both leg tone to see_

Hypertonia: UMN lesion

Hypotonia: LMN lesion

3. Power of Muscle

Always compare the muscle strength on both sides of the leg to identify any asymmetry.

**4. Co-ordination**

Perform any one:

- Heel to shin test (Give command to walk on heel)
- Tendon gait (Give command to the patient walk on sole then come back on heel)
- Romberg test_ Hold hand on shoulder and stand without support if patient fall. Romberg test will +Ve.

5. Proprioception

Close the eye and move patient foot thumb in-out then ask from patient position of foot thumb in and out.

6. Sensation

Patient eyes should be close.

Light sensation: Touch with cotton bud on leg both side.

Touch sensation: Check with sharp pin on leg both side.

7. Reflex :

Check Knee and ankle tendon reflex with hammer.

At the end cover the patient say thanks to examiner.

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

ENT

ENT most important topic for Viva

In exam station there will be diagram. Examiner will provide picture and will say diagnose it and tell management.

Mostly repeated Station picture given below.

Otitis Media**Types:**

1. Acute otitis media
2. Chronic otitis media
3. otitis media with effusion

Symptoms: Otalgia, otorrhea, irritability, fever, hearing loss

Causes: Streptococcus pneumoniae (Most common), influenza, Moraxella, Staph.Aureus

Treatment:

1. Analgesic
2. Antipyretic (Paracetamol)
3. Antibiotic (Amoxicillin 80 mg/kg per day)
4. Myringotomy_ incision in tympanic membrane for drainage of abscess.

**Tympanic Membrane Perforation (Past 2019, 2022, 2024)****Types of perforation:**

1. Central perforation (Tubo tympanic)
2. Marginal perforation (Attico antral)

Causes: infection, Trauma, Rapid change in pressure

Symptoms: Otalgia, Otorrhea, Tinnitus, Vertigo

Ix: TFT for conducting hearing loss, Otoscopy

Treatment:

1. Ear toilet
2. Antibiotic drop _ ofloxacin, ciprofloxacin
3. Tympanoplasty

**Otomycosis**

Fungal infection in external ear. Most commonly caused by candida and aspergillus. Seen in immunocompromised and Post Antibiotic side effect.

Symptoms: Fever, Pain, Itching, Ear discharge with water musty odor

Ix: TFT and Otoscopy

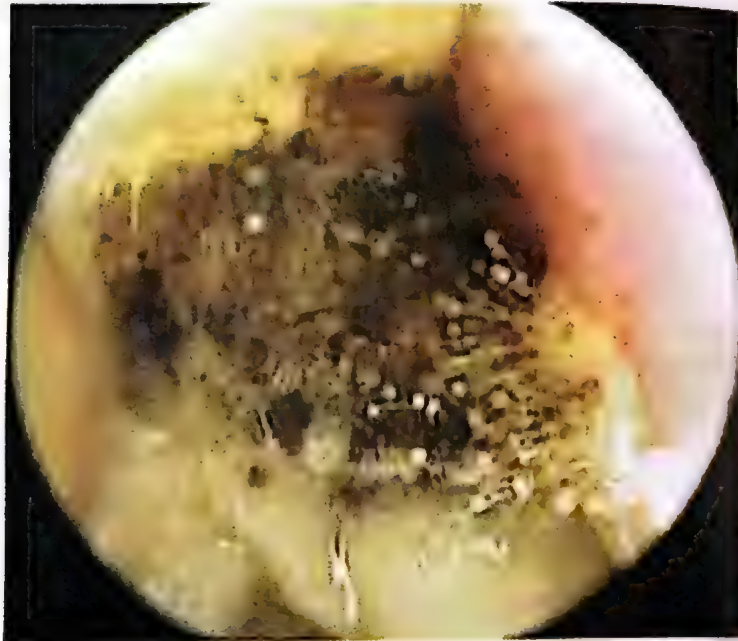
If white: candida

If black: Aspergillus Niger

If blue/green: Aspergillus Fumigatus

Treatment:

Antifungal drops: Clotrimazole and fluconazole drops



Epistaxis

Causes: Facial trauma, Foreign body irritation, Sinus infection, Dry Air, Bleeding disorder

Types:

1. Ant. Epistaxis: Common in children – Bleeding from nose
2. Post. Epistaxis: Common in old age- Bleeding down back of throat into stomach then appear bloody vomit.

Treatment:

1. Compression of little area for 5 mint/ Trotters method
2. Cocaine spray
3. Electrocoagulation
4. Ant. nasal packing
5. Post. Nasal packing
6. Endoscopic cauterization
7. SMR surgery
8. Ligation and embolization of Ethmoid and maxillary artery



Nasal Polyp

Finger like projection in mucosa of para nasal sinus non cancerous growth.

Types:

1. **Ethmoid polyp**_ Bilateral and seen in adults. Caused by Allergic Asthma, Allergic Rhinitis/Sinusitis

Ix: Ant. Rhinoscope

Treatment: Treat underlying cause

1. Nasal decongestant and anti histamine
2. Surgery polypectomy
3. If recurrent then ethmoidectomy with endoscopy

2. **Antrochoanal polyp**_ Originate from maxillary sinus.

Unilateral seen in children. Caused by Chronic maxillary sinusitis.

Ix: Post. Rhinoscopy

Treatment:

Polypectomy

If fail then do Caldwell Luc procedure_ Excision of debris, irrigate and placement of Abx gentamycine in sinus.



Tonsillitis**Types:**

1. Acute_ < 2 weeks
2. Chronic_ > 2 weeks

Symptoms: Swollen tonsil, Sore throat, Difficulty in swallowing, Tender lymph node in neck

Causes: Streptococcus, Staphylococcus, H.Influenza, Diphtheria

Dx: Swab culture, CBC

Treatment:

1. Analgesic
2. Antipyretic
3. Abx Ampicillin, Erythromycin

**Auricular Hematoma**

A blood collection that either separates the pinna's perichondrial and cartilaginous layers or lies within the cartilage.

Also known as "Cauliflower Ear"

Causes: Blunt ear trauma during sports

Symptoms: Discoloration, swelling or bruising of ear, Ear pain. Ear bleeding. Headaches.

Treatment:

1. Prompt drainage and pressure dressing
2. Analgesic and Antibiotic cover

**Diphtheria**

Greyish white pseudomembrane on the tonsils, Pharynx and nasal cavity.

Symptoms: Sore throat, Low grade fever, Bull neck appearance

Cause: Corynebacterium Diphtheria and Spread by droplets.

Ix: Elek test, PCR

Treatment:

Analgesic, Antipyretic, Antibiotic
Erythromycin for one week

DERMATOLOGY

Important Dermatology Viva and Question

Important Dermatology Topics (Very Imp for NRE-2)

Station will be on diagram. Examiner will show picture and ask diagnose it and do management. So remember all mentioned important picture.

Eczema (Past 2021,2022)

Every eczema is a dermatitis but every dermatitis is not eczema.

- i) Contact irritant dermatitis
- ii) Contact allergic dermatitis

Symptoms:

Initial: Redness, swelling, edema, papule, vesicles

Later: Start spreading, dryness, scaling, fissuring and lichenification.

Ix_ Skin patch test to check allergens

Rx. Withdraw from exposure irritant and allergens.

Topical steroids



Psoriasis (Past 2019, 2021,2023)

Silvery scales behind the ear.

Causes:

Autosomal disease, UV light, Toxins, HLAB27

Morphological type:

1. Guttate Psoriasis_ Rain drops pigments on skin
2. Numular psoriasis_ Round disc shaped pigments on skin
3. Rupoid psoriasis_ Cone shaped pigments
4. Exfoliative Psoriasis_ Acute skin failure (Erythroderma)

Symptoms:

Silvery scale, Auspitz sign (pinpoint bleeding upon removing scale)

Koebner phenomena (Newly skin lesion on trauma site)

Treatment: Bed rest, Control risk factor

Topical steroids, Prednisone, Methotrexate, PUVA therapy.

If resistant: Vit.A (Retinoid)



Squamous Cell Carcinoma (Past 2022 , 2024)

Causes: UV ray's most common, Pre existing skin condition, Leprosy

Appear on lower lip and chin cauli flower like lesion.

IX. Skin biopsy

Treatment: Excisional biopsy + Radiotherapy



Basal Cell Carcinoma (Past 2021)

Rodent ulcer on upper lip and face.

Initially ulcer later on ischemic necrosis and hemorrhagic lesion.

Causes: UV ray's, fair skin, older people

Ix: Skin Biopsy

Treatment: Surgical excision + Radiotherapy

**Impetigo (Past 2019,2021)**

Golden yellow crusting around the lips and oral cavity that rupture quickly.

Involve epidermis.

Causes: Staphylococcus aureus and streptococcus

Complication: Post streptococcal glomerular nephritis

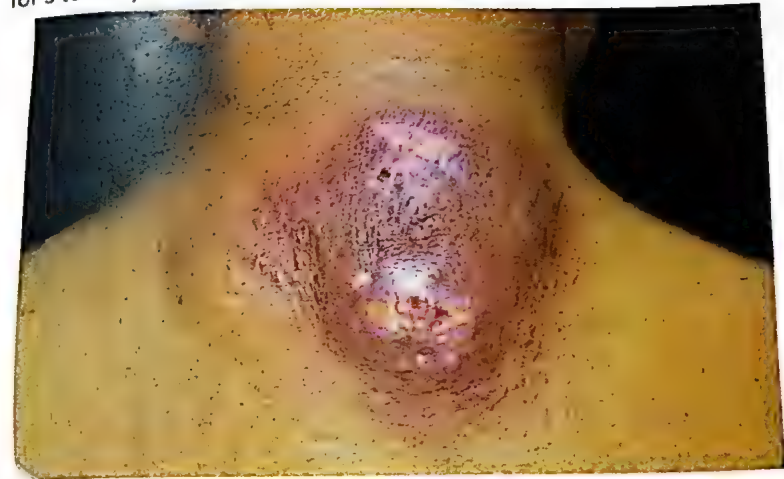
Treatment: DOC_Neomycine ointment, Fusidic acid cream

**Carbuncle (Past 2020,2023)**

Multiple pus drainage most commonly back of neck and also seen on trunk and legs.

Risk factor: Immunocompromised e.g DM, Steroids intake, Malnutrition

Treatment: Incision and drainage, IV Flucloxacillin 250-500mg / 6hr for 5 to 7 days.

**Vitiligo (Past 2020,2021)**

Partial depigmentation of skin due to autoimmune

Site: Acrofacial commonest

Dx. Woods lamps (Set the patient in dark room, it will show varigate color

Treatment: Topical steroids, PUVA therapy, Hydroquinone



Pityriasis Rosea (Past 2020)

Rash that begins as an oval spot on face, chest, abdomen.

Causes: Viral infection (Herpes virus)

Sign_ Herald patch (Single slightly raised oval shaped pink scaly patch)

Symptoms: Headache, Fever, Sore throat, Joint pain

Treatment: Topical steroids, Acyclovir, Antibiotic therapy to prevent infection, Phototherapy

**Acne Vulgaris (Past 2020,2021,2023)**

Black and white head rash mainly on face in female.

Macule, papule, pustule, scarring

Risk factor: Stress, Puberty, Oily food intake, Cosmetic

Treatment:

Supportive: Relieve stress, Bed Rest, Avoid stress, Diet control

Specific: Clindamycin cream, Tab. Doxycycline 100mg,

If Resistant: Retinoid Vit.A

**Melanoma (Past 2022,2024)**

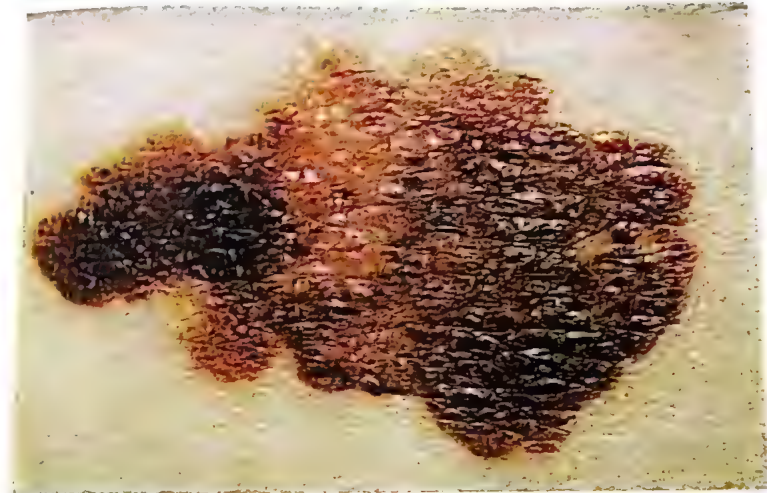
Over production of melanin.

ABCE_ Asymptomatic, Border irregular, Colour variation, Evaluation of new lesion.

Cause: UV Rays

Ix: Excision biopsy

Treatment: Surgical Excision + Chemotherapy



Extra topic need to cover:

1. SLE
2. Chicken Pox
3. Measles
4. Tinea

OPHTHALMOLOGY

Important picture and Cases.

Station will be on picture to diagnose then management. So prepare according it.

Acute Conjunctivitis

(Thin transparent Vascular layer)

Causes: Adenovirus, Bacterial, Allergic, SLE

Symptoms_ Red itchy eye, watery discharge (Viral), Pus discharge (Bacterial), Irritation with itching (Allergic)

Ix_ Send culture of discharge

Viral_ Serology < PCR

Allergic_ S/IgE, Eosinophils

Rx_ If Bacterial_ Abx Quinolone or Gentamycine eye drop

If Viral_ Self limiting, Only prophylactic Abx

If Allergic_ Avoid allergens, Topical steroids, Oral antihistamine



Pterygium

Small mass vascular mass from inner canthus to pupil which lead to degeneration of conjunctiva.

Cause_ Long term exposure to VU light

Rx_ Surgical Excision

Retinoblastoma

Unilateral 2-4 Year of age.

White pupil due to Rb gene defect.

Stages:

- i) Quiescent stage_ Asymptomatic
- ii) Glaucomatous stage_ Raised IOP, pain and bulge
- iii) Extraocular stage_ Extension of limbus
- iv) Metastasis stage_ To optic nerve and brain



Ix_ CT scan, MRI orbit

Rx_

i) Surgery

- <3mm Argon laser photo coagulation
- >3mm Nucleation

ii) Radio chemotherapy

Complication_ Risk of Osteosarcoma



Central Retinal artery Occlusion

Sudden onset painless loss of vision.

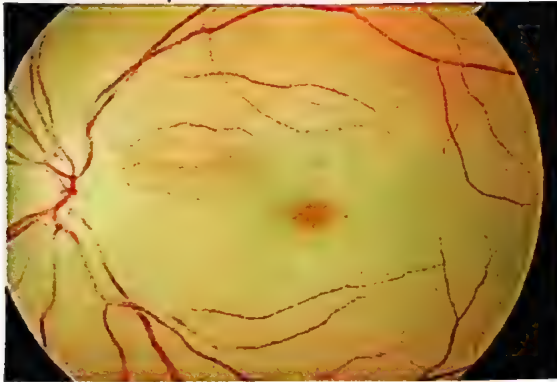
- Cherry red spot on Retinoscopy

Causes: Thrombus / Embolism

Rare atherosclerosis

Rx_

- Eye Massage
- Iv acetazolamide
- Vasodilators (Iv nitrates)
- Paracentesis of aqueous humor.

**Central retinal vein occlusion**

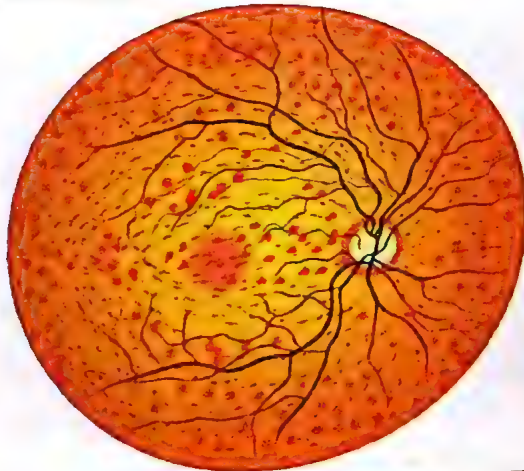
Sudden onset painless loss of vision

- Stormy sunset appearance

Causes: Atherosclerosis (HTN/ DM)

Rx_

- Laser photocoagulation
- Heparin, Steroids

**Retinal Detachment**

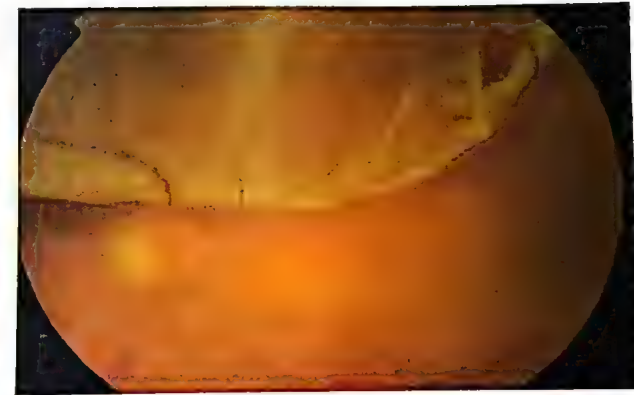
Separation of inner and outer layer of retina.

Causes: Trauma after cataract surgery

Retinoscopy_ Dull grey retina

Rx

- Small_ Laser photocoagulation / Cryo surgery
- Large_ Retinopexy

**Retinitis Pigmentosa**

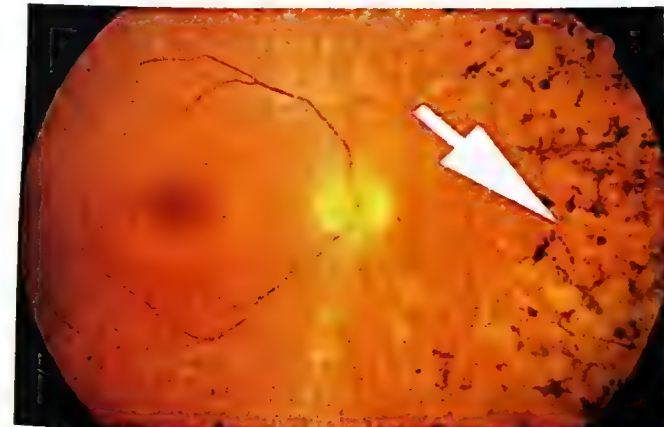
Black pigment all over the periphery with bony spicules.

Symptoms: Night blindness later on complete blindness

Causes_ Congenital

- Lawrance moon briedal syndrome
- Refsum syndrome

Rx _ Sunglasses'



DM Retinopathy

Blurry vision with k/c of DM

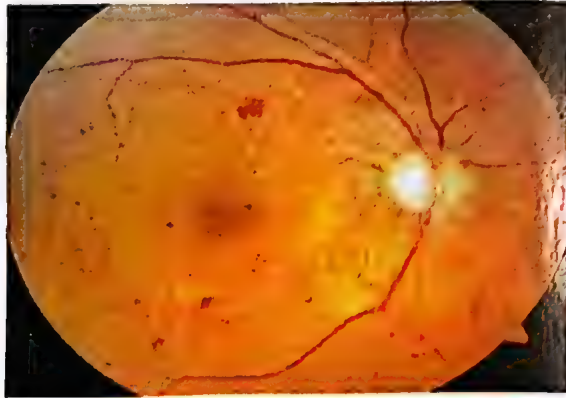
- New vascularization in retina

Cotton wool appearance

Rx_ Control of sugar, Laser photocoagulation.

Retinal Hemorrhage:

- Blot hemorrhage
- Flame hemorrhage

**Senile cataract**

- Age related cataract

Etiologies:

DM, Dehydration, HTN, Poor diet (Vit. ACE def), Alcohol, Tobacco, Ionizing radiation

Types:

- Cortical 75% _
 - Cuneiform (Wedge shaped all over the cortex)
 - Cupuliform (Disc shaped only post cortex)
- Nuclear 25% _ Black cataract

C/F_

Asymptomatic _ Routine examination

Symptomatic_ B/L white pupil with gradual loss of vision, Visual distortion, Lacrimation.

**Rx_ Surgery**

- Phacoemulsification (Most common)
- Extra capsular cataract extraction
- Intra capsular cataract extraction

Trachoma (Past 2024)



Conjunctival follicles involvement and Present with blindness. Caused by Chlamydia trachoma.

Stages: FISTO

- Follicular stage
- Intense stage
- Scarring stage
- Opacity of cornea

Treatment: Azithromycin

CHAPTER 5**X-RAY AND CT SCAN**

How to read an Chest X-ray?

X – Ray PA view

- A _ Airway in the lungs(Trachea, bronchus, Hilar LN
- B _ Bones
- C _ Cardiomegaly
- D _ Diaphragm

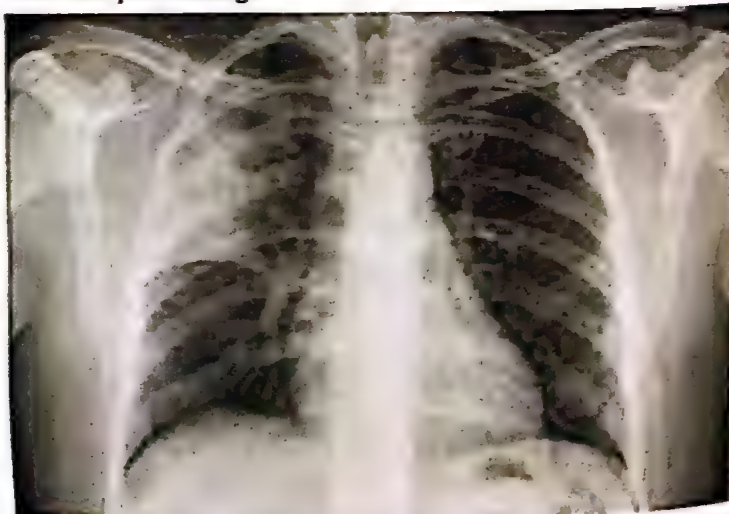
Comment on Chest X - Ray:

This is PA chest x- ray of patient Asim, 40 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma is normal, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

Comment like this on every x- ray if any abnormality then explain according.

Case:1 (Past 2021,2024)

1. Diagnose this X-ray?
2. How will you manage?



Ans_1: This is lobar pneumonia in right middle lobe

Comment:

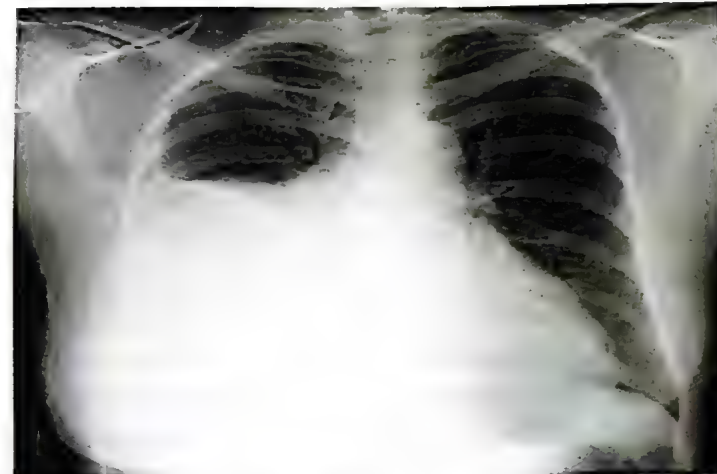
This is PA chest x- ray of patient Ali, 32 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, Right middle lobe pneumonia without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

Ans_2: i) Antipyretic ii) Abx

Amoxicilline1g TDS / Azithromycin 1g OD / Levo/ Moxifloxacin 400mg BD.

Case: 2 (2019,2021)

1. Diagnose this x- ray?
2. Tell about management?



Ans_ 1: Right sides pleural Effusion

Comment: This is PA chest x- ray of patient Ahmad, 40 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is deviated to the opposite, Right middle and lower lobe effusion, Heart size is normal without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

Ans_2:

- i) Thoracocentesis_ post axillary at 8ICS
- ii) Chest tube insertion
- iii) Pleurodesis_ by injecting sclerosing agent
- iv) Surgery_ Video assisted thoracoscopic surgery

Case: 3 (Past 2023)

1. Diagnose this x- ray
2. How will you manage this problem?



Ans_1: Pneumothorax (Jet black lungs)

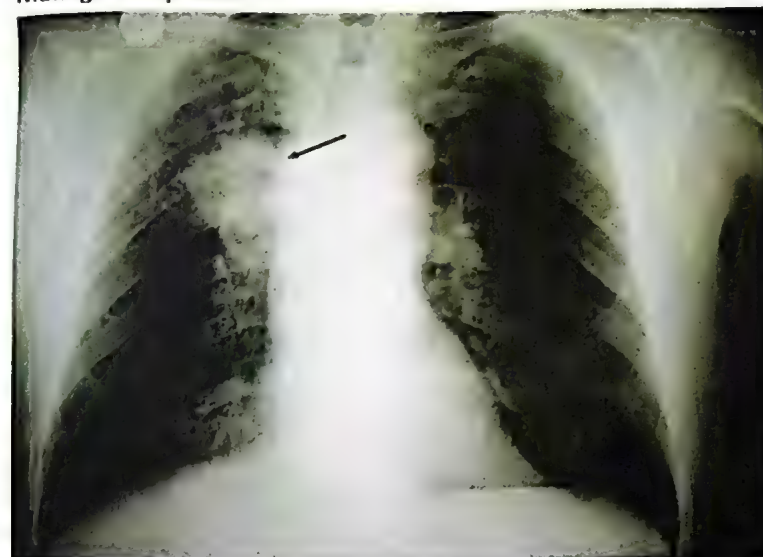
Comment: This is PA chest x- ray of patient Khuda bux, 55 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is deviated to the opposite,, Heart size is normal, Jet black lungs suggestive pneumothorax, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

Ans_2:

- i) Aspiration_ needle insert 2nd intercostal space at mid clavicular line
- ii) If fail then chest tube intubation
- iii) If fail then Pleurodesis / Surgery (VATS)

Case: 4 (Past 2021)

1. Diagnose this X- ray?
2. Manage this problem?



Ans_1: Right Middle lobe bronchogenic CA

Comment: This is PA chest x- ray of patient Atif, 61 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma showing right middle lobe lesion suggestive Bronchogenic CA may be, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

Ans_2: i) If SCL CA only chemotherapy because already cancer spread.

- i) If NSCL CA then lobectomy or pneumonectomy + Radiochemotherapy

Case_5 : (Past 2019)

1. Diagnose this X ray?
2. Tell about management?



Ans_1: T.B (Cavitory lesion Right upper lobe)

Comment: This is PA chest x- ray of patient Ali, 30 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, Cavitory lesion in right upper lobe without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm. Its suggestive T.B

Ans_2: Rx_ ATT for 6 months

Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol, Pyrazinamide

Case: 6 (Past 2020)

1. Diagnose the X-Ray?
2. Tell about management?



Ans_1: Pericardial Effusion

Comment:

This is PA chest x- ray of patient Asia, 40 year old female. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, lung parenchyma is normal, enlarged heart size without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

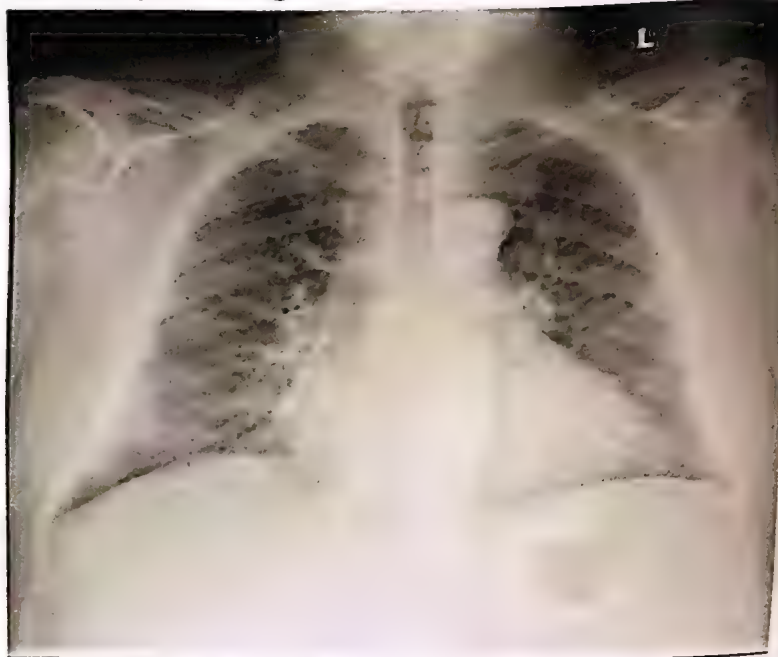
Ans_2: i) Treat underlying cause

T.B, Coxsackie virus, Staph. Aureus, Malignancy

ii) Pericardiocentesis_ SICS near left sternum.

Case:7 (Past 2024)

1. Diagnose the X-ray?
2. What is your findings?
3. How will you manage?



Ans_1: Congestive heart failure

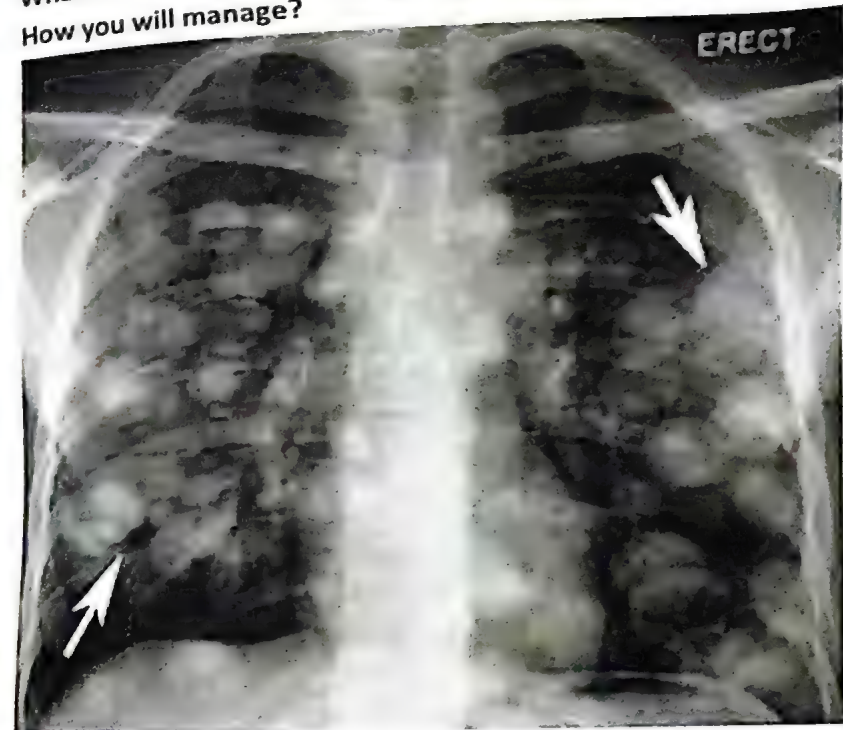
Ans_2: X- ray showing cardiomegaly with pleural effusion and interstitial edema and alveolar edema.

B-kerly line , Bat wing appearance

Ans_3: i) Life style modification_ Manage fluid intake, low sodium diet ii) Diuretics iii) Perocardiectomy

Case_8: (Past 2019,2021)

1. Diagnose the x-ray?
2. What is findings?
3. How you will manage?



Ans_1: Lung metastasis

Ans_2: This is PA chest x- ray of patient Sabir, 49 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma canon ball appearance, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

Ans_3: i) Chemotherapy ii) Surgery iii) Targeted therapy

Case_9: (Past 2017)

1. What is the radiological findings?
2. Explain the treatment of this problem?



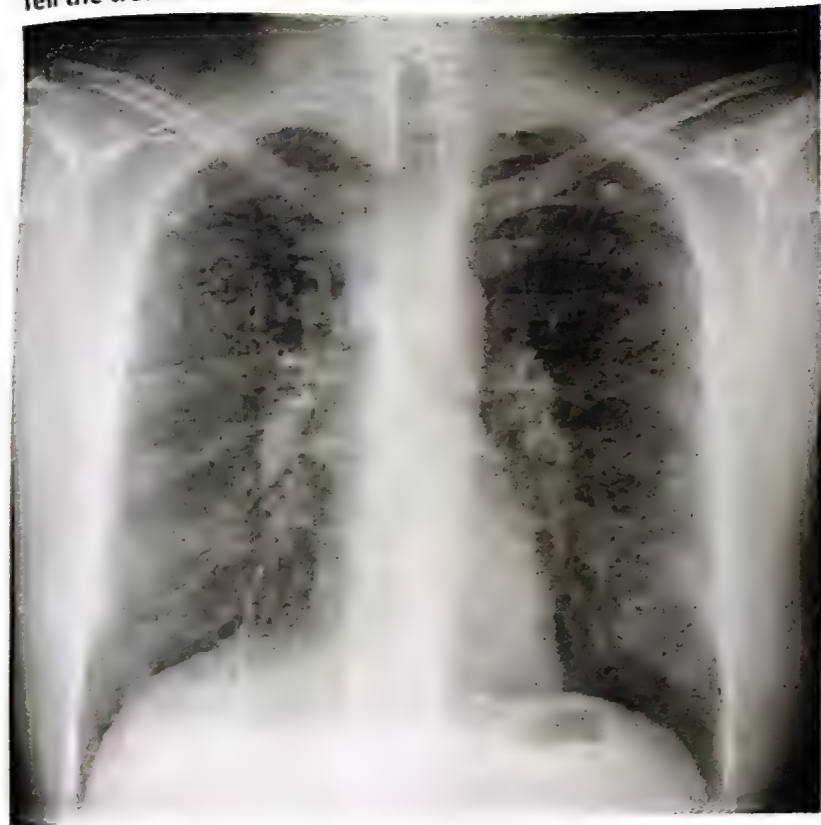
Ans_1: Bronchiectasis

Comment: This is PA chest x- ray of patient Mudasir, 35 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma appearing honey comb without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm. Suggestive Bronchiectasis.

Ans_2: Rx. i) Mucolytics ii) Abx to prevent infection iii) Salbutamol iv) CFTR modulators_ ivacafter

Case_10: (Past 2018)

1. What is the diagnosis?
2. What is findings?
3. Tell the treatment of choice?



Ans_1: Sarcoidosis

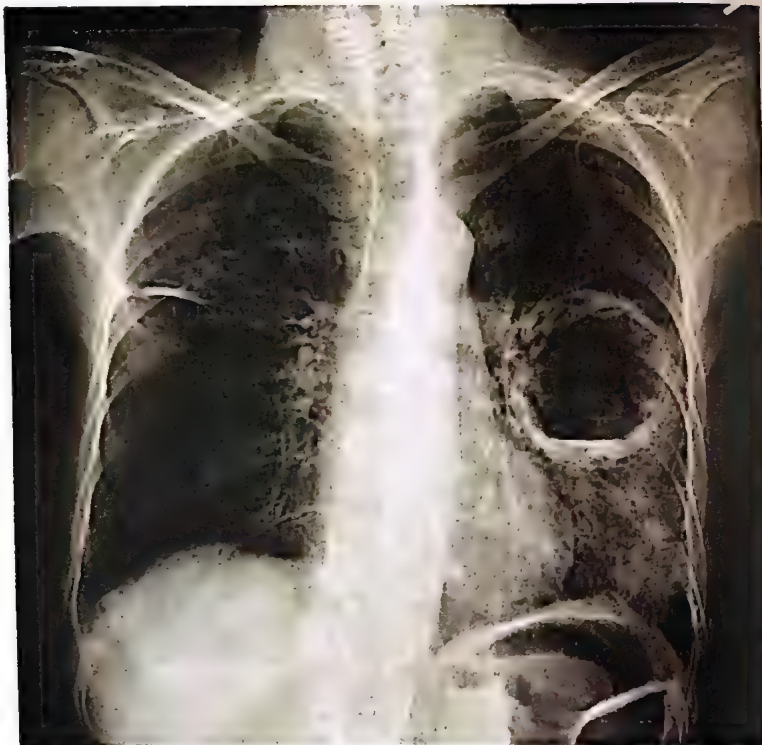
Ans_2: B/L Lymphadenopathy

Comment: This is PA chest x- ray of patient Sonia, 32 year old female. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma is With B/L lymphadenopathy, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

Ans_3: Rx Steroids + Immunosuppressant

Case_11:

1. Diagnose the x-ray?
2. Tell about the management?



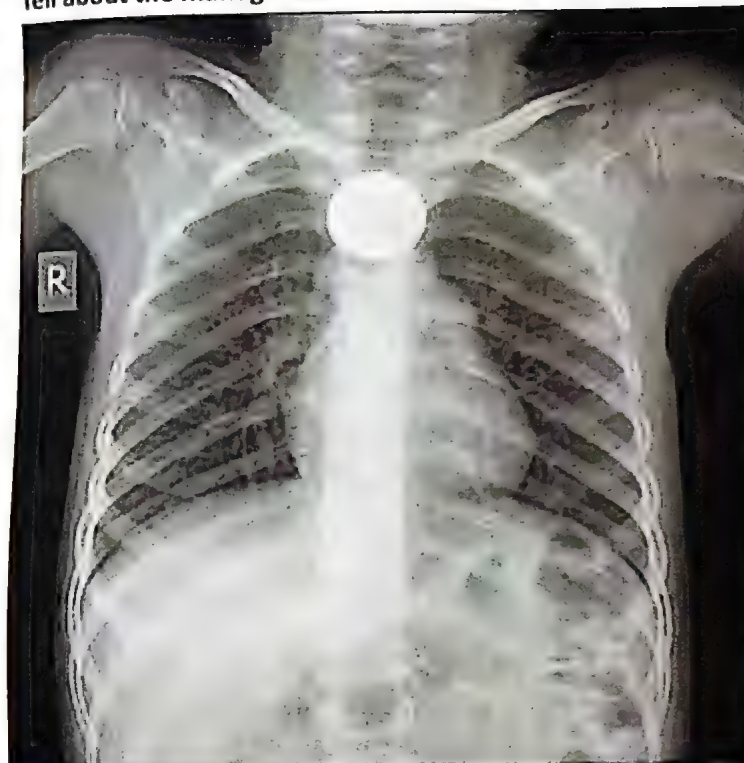
Ans_1: Lung Abscess

Comment: This is PA chest x-ray of patient Samira, 38 year old female. My finding on this x-ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, irregular shaped cavity left lung without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm. Suggestive to Lung Abscess

Ans_2: Antipyretic, Analgesic, Broad spectrum antibiotic _Bactamox 1.5g, Tanzo 4.5 g TDS

Case_12:

1. Diagnose the x-ray?
2. Tell about the management?



Ans_1: Coin in esophagus

Ans_2: i) Resuscitate _Tracheostomy ii) Endoscopic removal of coin by laryngoscope

Abdominal X-ray

Types : i) Supine abdominal x-ray ii) Erect abdominal x-ray.

Case_1:

1. Diagnose the X-ray and explain findings?
2. Tell about the management?



Ans_1: This is the erect abdominal x ray with dilated small intestine and visible valvulae conniventes which suggestive small intestine obstruction.

Ans_2: i) NG tube_ for gastric decompression ii) IV fluids iii) Foley's catheter iv) find underlying cause and may be needed laparotomy

Case_2:

1. Diagnose the x- ray?
2. Tell about the management?

**Ans_1:**

This is the supine abdominal x-ray with dilated large intestine and Haustration which suggestive large intestine obstruction.

Ans_2: i) NG tube_ for gastric decompression ii) IV fluids iii) Foley's catheter iv) find underlying cause and may be needed laparotomy

Case_3:

1. Diagnose the x-ray?
2. Tell the management?



Ans_1 Left renal stone

Ans_2: i) Excessive fluid intake ii) Tab.Nifedipine 10mg iii) ECS < 1cm
iv) Pyelolithotomy

Case_4:

1. Diagnose the x-ray?
2. Tell the management?



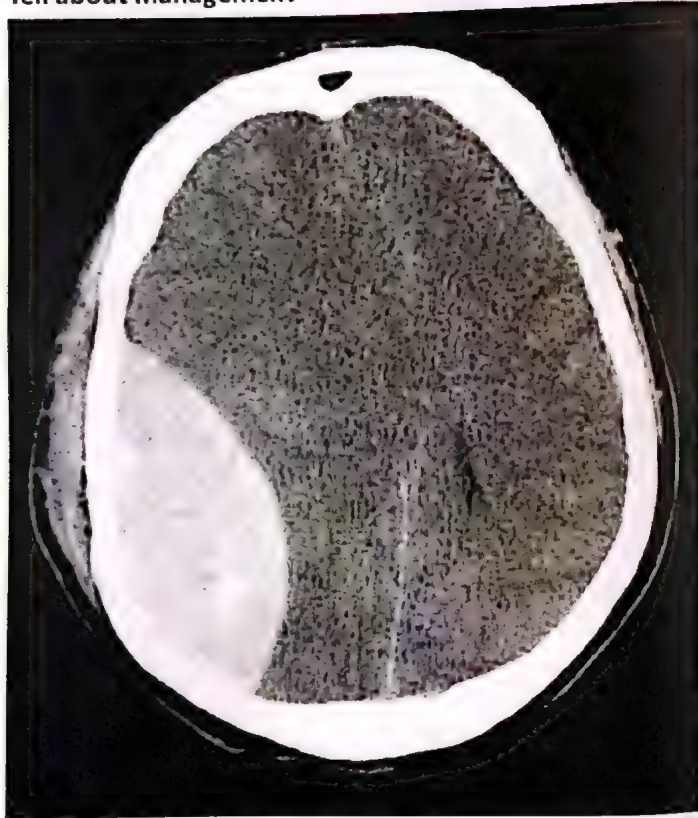
Ans_1: Bladder stone

Ans_2: i) Excessive fluid ii) Tab.Nifedipine 10mg iii) Cystoscopy iii)
Supra pubic lithotomy

CT Scan of brain plain

Case_1: (Past 2024)

1. Diagnose this ?
2. Comment on midline?
3. Tell about management



Ans_1 This is the CT Scan of brain plain.

Findings: Lens shaped appearance lesion suggestive Extra Dural hematoma

Ans_2 Deviated midline

Ans_3 i) Inj. Manitol ii) Dexamethasone iii) Burr hole craniotomy

Case_2:

1. Diagnose the CT scan?
2. Comment on midline?
3. Tell about the management?



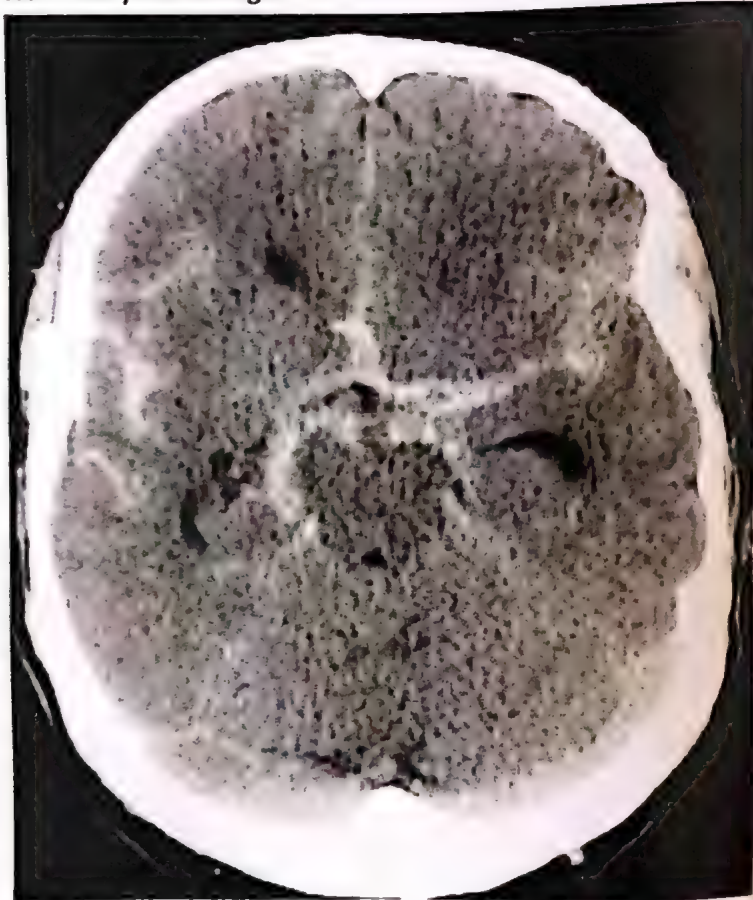
Ans_1: Crescent shaped appearance lesion suggestive Sub Dural hematoma.

Ans_2: Deviated midline

Ans_3: i) Inj. Manitol 1g over 20 mint every 8 hour ii) Burr hole craniotomy

Case_3:

1. Diagnose the CT scan?
2. Tell about main cause?
3. How will you manage?



Ans_1: Sub arachnoid hemorrhage.

Ans_2: i) Berry aneurysm 80% ii) Smoking iii) Av malformation

Ans_3: i) Inj. Manitol ii) Tab. Nimodipine 60mg iii) Rule out cause if berry aneurysm then endovascular coiling and clipping.

Orthopedics Cases

Case_1

1. What is the diagnosis?
2. Tell about the management?



Ans_1: Mid shaft femur fracture

Ans_2: **Supportive:** Analgesic, Bed Rest

Specific: i) CF+EF with traction and counter traction ii) Plaster of Paris

iii) Leg attached with hanging weight

Case_2

1. Diagnose the case?
2. How will you fix it?



Ans_1: Tibia and fibular fracture

Ans_2:

Supportive: Bed rest, analgesic

Specific: i) CR+EF ii) Manipulation and skin traction 6-8 weeks iii) If indication then OR+IF with plates.

Case_3

1. Diagnose this X-ray?
2. Tell about the management?



Ans_1: Fracture of shaft of humerus

Ans_2:

Supportive: Bed rest, analgesic

Specific:

- i) CR+ EF
- ii) Hanging cast with collar and cuff

If indication: OR+IF with plates

Case_4

1. What is your diagnosis?
2. What is the management of this problem?



Ans_1: Ant dislocation of Right shoulder

Ans_2:

Supportive: Bed rest, analgesic

Specific:

- i) CF+ EF
- ii) Manipulation with Kocher's method
During the Kocher maneuver the patient lies in a supine position with arm adducted and elbow flexed in 90°. The practitioner then provides external rotation in the shoulder till a resistance is felt. Hereafter, the shoulder is adducted and flexed in external rotation
- iii) Broad sling for 3 weeks

If recurrent:

OR+IF with wire and screw

Case_5 (Past 2024)

1. Diagnose the case?
2. How will you manage?



Ans_1: Left Radius and ulnar shaft fracture

Ans_2:

Supportive: Bed rest, analgesic

Specific: i) CR+EF ii) Manipulation + cast for 6 week

If indication: OR+IF with plates

Case: 6

1. What is the diagnosis?
2. Tell about the management?



Ans_1: Colles fracture
(Fracture on distal end of radius)
"Dinner fork deformity"

Ans_2: Supportive: Bed rest, analgesic
Specific:

- i) CR+EF
- ii) Manipulation + plaster cast 6 to 8 week

If indication: OR+IF with wire and screw

CHAPTER 6

INSTRUMENTS

Very Important for viva.

One station will be from instruments so prepare these important instruments.

Foleys catheter

Uses_

1. Urinary retention
2. bladder drainage
3. During and after surgery
4. Measurement of urine output.

Contraindication_

1. Trauma to urethra
2. Bleeding from urethra
3. Surgery of urethra
4. Severe urethral stricture



NG tube.

Uses:

1. Gastric lavage in poisoning
2. Feeding and nutrition
3. Diagnostic purpose
4. Gastric decompression (aspiration stomach content)

Contraindication:

1. Basilar skull fracture
2. Facial trauma
3. Recent Nasal surgery
4. Severe epistaxis
5. Esophageal varices risk of perforation

**ETT_ insert mouth to trachea****Uses:**

1. Open airway
2. Deliver oxygen
3. Anesthesia
4. Remove secretions from mouth

Contraindication_

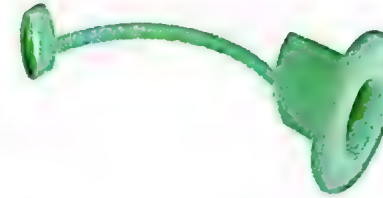
1. Severe facial trauma
2. Severe burn
3. Edema of air way
4. Obstruction upper airway like tumor, foreign body, infection (epiglottitis)
5. Asthma_ bronchospasm.

**Oropharyngeal airway****Uses:**

1. Emergency_ if patient unconscious and airway obstruction.
2. Anesthesia_ To keep air way open
3. CPR_ to open airway.

Contraindication_

1. Pt Conscious intact gag reflex
2. Facial oral trauma
3. Foreign body ingestion

**Nebulizer**

Uses_ to deliver bronchodilators to open air way. especially use in those who difficulty to use inhaler in children and older.

Respiratory infections, Asthma, COPD , Allergic reactions.

**Nasal speculum**

1. Uses to Examine nasal passage infection, inflammation, foreign body, polyp,
2. Use in surgery septoplasty, polypectomy
3. Use in cauterization ,removal of foreign body
4. Use to asses nasal fracture, DNS



Proctoscope

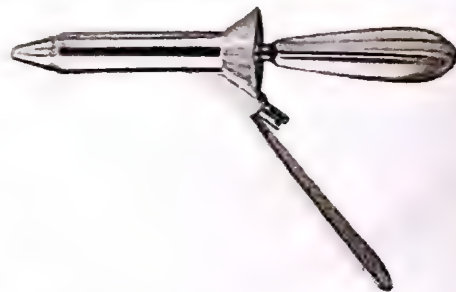
Parts: obturator, sheath, handle

Uses_

1. Rectal polyp
2. Hemorrhoids
3. Colorectal cancer
4. Rectal discharge

Contraindication_

1. Anal fissure
2. Severe rectal/anal stricture
3. Proctitis
4. Recent anal canal surgery

**Ophthalmoscope:**

We can see retina, optic disc, choroid, and blood vessels.

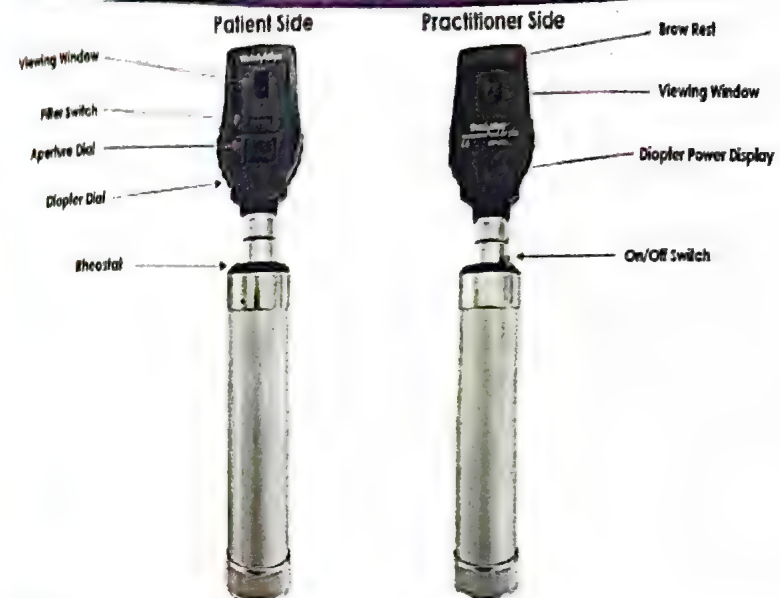
Indications:

1. Routine eye examination
2. Retinopathy DM/HTN
3. Glaucoma
4. Papilledema
5. Optic neuritis
6. Foreign body and trauma

Side effect.

Generally safe but some minor side effect

1. Temporary vision loss
2. Light sensitivity
3. Discomfort

**Otoscope**

Use for Ear examination.

Check infection, inflammation like otitis media, Wax, foreign body.

Side Effect;

1. Risk of infection not properly sterilized
2. Injury to Ear canal and ear drum
3. Discomfort pain



Laryngoscope**Indications:**

1. Remove foreign body
2. Recurrent Resp. infection
3. Air way obstruction
4. Dysphagea
5. Ch. Throat pain

Side effect:

1. Throat injury
2. Teeth injury
3. Gagging/coughing
4. Hoarseness of voice

**Allis forceps****Uses:**

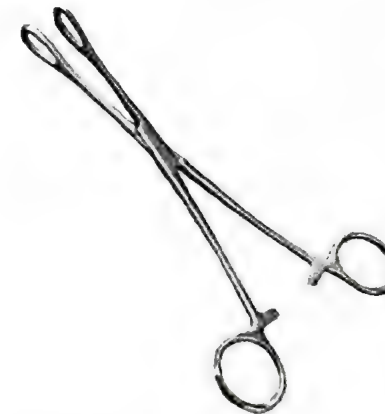
1. Grasping tissue
2. Removing foreign body from tissue
3. Fine dissection

**Babcock Forceps**

Use in holding soft tissue like intestinal and fallopian tube tissue.

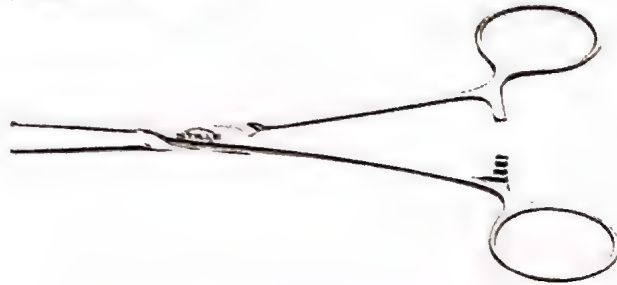
**Crocodile forceps**

Use in Removing foreign body from ear and nose.

Sponge holding forceps

Kocher forceps.**Uses:**

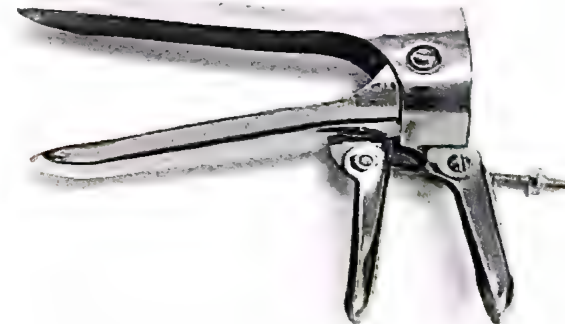
1. Grasping tissue
2. Clamping blood vessels

**Needle Holder Forceps****Episiotomy scissors****Sim's speculum:**

Dilate vagina to check pathology

**Cusco speculum:**

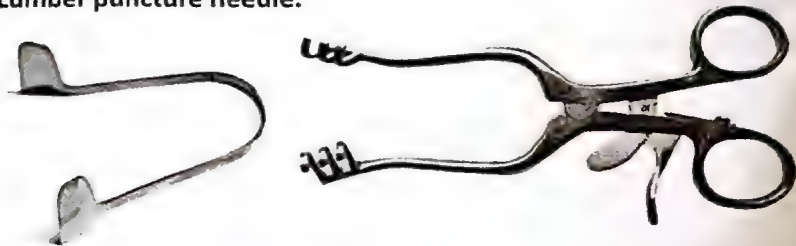
Dilate vagina to check vagina and cervical pathology, cervical biopsy.



Mastoid Retractor: Use in skin retaining during mastoidectomy

Thudicum nasal speculum: Use for open the nostrils to remove foreign body and polyp

Lumber puncture needle:



Child: 22 Gauge Adult: 20 Gauge
Use for CSF examination



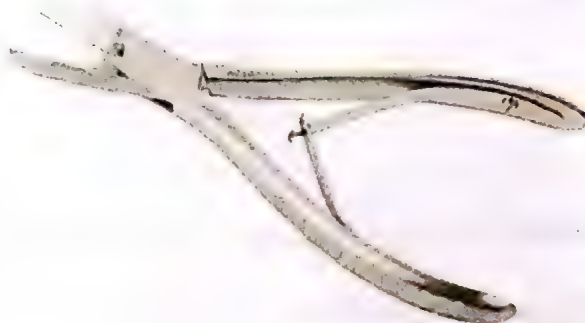
IUCD:

Mirena and copper T

Use for prolong contraception 5 to 10 year.



Bone Cutter



CHAPTER 7

GYNAECOLOGY

Important viva and History

One Station will be from this:

Contraceptive Methods

1. Hormonal methods

- OCP'S _

- i) Prevent release of FSH and LH prevent

- ii) Pregnancy for short duration.

Use in young female without any disease.

Protective in Ovarian cancer

- POP _

Protective in Breast CA and Endometrial CA

2. IUCD

Types:

- i) Mirena

- ii) Copper-T

Use for prolong contraception for 5-10 year.

Best age: 30 to 35 year

Complication: Risk of rupture and perforation of uterus, Foreign body reaction.

3. Permanent Methods

Surgery:

- i) Vasectomy (Male)

- ii) B/L Tubal ligation (Female)

4. Withdrawal Method

Least effective methods.

During sexual intercourse, at the time of sperm discharge, remove out and discharge outside.

5. Barrier Methods

Most common in world wide and Prevent STI.

- i) Condom (Male)

- ii) Sponges (Female)

PCOS (Polycystic Ovarian Syndrome)

Hyperandrogenism in female with high risk insulin resistance type-2 DM.

Symptoms: Hirsutism + Obesity + Menstrual Irregularities

Complication: Endometrial CA

Treatment:

- Clomiphene citrate (for infertility)
- Metformin (For weight loss)

Uterine Prolapse

Degrees of prolapse:

1st Degree: Uterus prolapse with cervix but still inside with vagina.

2nd Degree: Uterus prolapse down and Cervix prolapse out side the vagina with spontaneous reduction.

3rd degree: Cervix prolapse out side permanent and become ulcerated and keratinized.

Causes: Weakness of pelvic muscle and ligaments.

Muscle:

- Coccygeus
- Levator ani muscle

Ligaments:

- Uterosacral ligament
- Cardinal ligament
- Round ligament
- Pubo cervical
- post pubo urethral
- Per Vaginal Examination

Treatment:

- Wish for children:
Abdomen_ Uterosacropexy
Vagina_ Manchester repair
- Completed Family:
Hysterectomy

History in Gynaecology

History of Amenorrhea

اسلام وعلیم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

(All above same in every history)

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائیں ہیں

مریض بولے گی مجھے ماہواری نہیں آئی؟

Then you will ask:

1. Onset

آپ کو ماہواری کب سے نہیں آئی ہے؟

2. Duration

اگر بالکل نہیں آئی؟

(Primary Amenorrhea)

اگر پہلے ہوئی ہو پھر رک گئی ہو؟

(Secondary Amenorrhea)

If Primary Amenorrhea then start to ask:

1. Turner syndrome

آپ اپنی ہم عمر لڑکیوں سے قد میں چھوٹا تو محسوس تو نہیں کرتی؟

2. Kallaman syndrome

آپ کو اس مسئلے ساتھ ساتھ کسی چیز کی بو سے مسئلہ تو نہیں ہے؟

3. Imperforate Hymen

آپ کو اس مسئلے ساتھ نیچے والے حصے میں ڈور تو محسوس نہیں ہوتا؟

If secondary Ammenorrhea then start to ask:

1. Pregnancy

آپ نے حمل ٹھہرانے کی کوشش تو نہیں کی؟

2. PCOS

اس مسئلے ساتھ آپ کا وزن تو نہیں بڑھ رہا یا جسم پر غیر ضروری بال آرہے ہوں؟

3. Prolactinoma

اس مسئلے ساتھ آپ کے سر میں درد ہوتا ہو اور چھاتی سے اخراج ہوتا ہو؟

MSDAS First Bring ICE

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

History of Uterine prolapse

اسلام وعلیم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائی ہیں۔
مریض بولے گی:

میرا بچہ سے کوئی ماس باہر آتا ہے؟

Start from Onset & Duration

1. Acute and Chronic

یہ مسئلہ آپ کو کب سے ہے؟

2. Degree of prolapse

یہ جو چیز باہر آتی ہے خود بخود اندر چلی جاتی ہے یا انگلی سے اندر ڈالنی پڑتی ہے؟ یا پھر رہتی ہے؟

3. Urinary incontinence

اس مسئلے کے ساتھ ساتھ آپ کو پیشاب کے قطرے تو نہیں آتے؟

4. Risk factor

یہ چیز کھانسی، قبض یا وزن اٹھانے سے باہر تو نہیں آتی؟

5. Feecal incontinence

کیا پھانڈ خود بخود تو نہیں نکل جاتا اگر نکل جاتا ہے تو خون تو نہیں ہوتا؟

6. Causes

آپ نے اس مسئلے کے ٹیسٹ وغیرہ کرائے ہیں یا نہیں؟ اگر کرائے ہیں تو رپورٹ ساتھ لے کر آئی ہیں؟

7. Husband History

آپ کے خاوند کو کوئی جسمانی کمزوری تو نہیں؟ یا کوئی ادویات تو استعمال نہیں کرتے؟ یا کوئی سگریٹ تو نہیں پیتے؟

MSDAS First Bring ICE

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

History of infertility

اسلام و بیگم

میرٹام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

(All above same in every history)

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائی ہیں
مریض بولے گی مجھے اولاد نہیں ہو رہی؟

Then start to ask:

1. Duration

کتنا عرصہ ہو گیا ہے آپ کی شادی کو؟

2. Primary or Secondary

آپ کی شروع سے اولاد نہیں ہوئی یا پہلے ہوئی تھی

3. Sexual History

آپ کے اپنے شوہر کے ساتھ تعلقات خفیک ہیں؟ آپ شوہر ساتھ ہفتے میں کتنا بار ملتی ہیں؟

4. Menstrual History

آپ کو ماہواری وقت پر آتی ہے؟

5. Hysterectomy

بچہ دانی کا کبھی آپریشن تو نہیں کرایا؟

6. Bleeding

آپ کو اس مسئلے ساتھ زیادہ خون وغیرہ تو نہیں آتا؟

7. Ruled out infection

آپ کو بخار وغیرہ تو نہیں رہتا؟ یا نیچے درد ہوتا ہو؟

آپ کے تعاون کا شکریہ

History of vaginal Discharge

دعیم اسلام

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپ کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائی ہیں
مریض بولے گی مجھے نیچے سے مولا آتا ہے؟

1. Acute vs chronic

آپ کو یہ پانی کب سے آ رہا ہے

2. Color

جو مولا آتا ہے آپ نے اس کا رنگ دیکھا ہے؟

3. Thick and thin mucoid discharge

آپ کے کپڑے گندے ہوتے ہیں یا نہیں؟ اور کپڑوں پر داغ دیکھے ہیں؟

4. If Fishy odor _ Bacterial vaginosis

اس سے بو آتی ہے کہ نہیں؟

5. Trichomoniasis

اس مسئلے ساتھ ساتھ کوئی خارش، جلن یا درد وغیرہ تو نہیں ہوتا؟

MSDAS First Bring ICE

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

CHAPTER 8

OBSTETRICS

Important Viva and Cases

1. Chronic Hypertension

- Increase BP 140/90 before 20 week of gestation or 6th week after delivery.
- No proteinuria

Rx_ DOC is Labetalol (Alpha and Beta blocker)

Alpha-methyldopa, Hydralazine

2. Gestational Hypertension

- Increase BP 140/90 after 20 week of gestation with no proteinuria > 3g

Rx_ DOC is Labetalol (Alpha and Beta blocker)

Alpha-methyldopa, Hydralazine

3. Pre-Eclampsia

After 20 week of gestation, Increase blood pressure 140/90 with proteinuria.

- Abdominal discomfort
- Blurry vision
- Headache

For prevention of Preeclampsia we will give Aspirin.

Rx_ For BP_ Inj. Hydralazine 20 mg dilute with 10ml NS and give 3 to 4cc.

For Proteinuria_ Diltiazim

Complication: HELLP syndrome

H_ Hemolysis

EL_ Elevated Liver enzyme

LP_ Low platelets

4. Eclampsia

Increase BP 140/90, Proteinuria > 3g and Fits.

Rx_ MgSO4 2g with 20ml NS over 20mint x IV then 1g loading dose.

If MgSO4 become overload then result will be respiratory problem and hyper-Reflexes.

Antidote of MgSO4 _ Calcium gluconate.

Labor and its stages (Past 2024)

A physiological process which start from painful regular uterine contraction and end by delivery of placenta.

At the 9 month of pregnancy, Uterus wall stretched, Stimulate pituitary to release oxytocin and result is uterine contraction.

Stages of Labor:

1st Stage: Start from uterine contraction and end by delivery of placenta.

Duration in PG_ 13 hours

Duration MG_ 8 hours

i) **Luteal phase:** 0 to 4cm cervix dilatation.

If prolong this stage then change the position and hydrate the patient.

ii) **Active phase:** 4 to 10cm dilatation.

If prolong this stage then Inj.Oxytocin 10IU.

2nd Stage: Start from Delivery of fetus and end by delivery of placenta.

Duration in PG_ 2 hours

Duration in MG_ 1 hour

If prolong this stage then Vacuums or forceps delivery.

3rd Stage Of Labor: Delivery of placenta.

Duration in PG_ 30 mint

Duration in MG_ 15 mint

If prolong this stage then do traction cord "Branth Andrews methods"

Ectopic Pregnancy

An implantation of ovum outside uterine cavity.

Most common site Ampulla of Fallopian tube.

Clinical Features:

- Lower pelvic pain
- Vaginal spotting
- Amenorrhea

Ix_

i) Ultrasound

ii) Raised B-HCG

Ix of choice: Laparoscopy

Treatment:

i) Methotrexate - use to inhibit cell growth.



MOA: Inhibit folic acid synthesis

Side effect: Pancytopenia

ii) Surgery

- Lap salpingiotomy
if completed family then
- Lap salpingectomy

Bishops Score (Very important for viva)

Cervical Exam	Points			
	0	1	2	3
Dilation (cm)	Closed	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Effacement (%)	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Baby's Station	-3	-2	-1 or 0	+1 or +2
Consistency	Firm	Medium	Soft	
Position	Posterior	Mid	Anterior	
Bishop Score				

Additional factors: +1 point for each previous vaginal birth, -1 point for first time birth givers.

Add the score for each factor.

Scores lower than 5 suggest labor will not begin without induction.

Scores 3 and lower may indicate that an induction would not be successful.

Scores 9 and higher indicate labor will likely begin spontaneously.

PEDIATRICS

CASE AND HISTORY

Viva_:

1. Diarrhea

Acute < 2 weeks

Chronic > 2 weeks

Symptoms: 3 time loose stool in 24 hours**If Dehydration:**

- i) Fever
- ii) sunken eyes
- iii) Hard fast breathing
- iv) Dry mouth
- v) No tear when cry
- vi) No urination in 6 hours

Management:**Plan A:** No Dehydration

- i) ORS
 - < 2 year 50 to 100 ml after each stool
 - > 2 year 100 to 200 ml after each stool
- ii) Continue feeding
- iii) When to return
 - Come after five days if sometime get worse then return immediately.

Plan B: Some dehydration

- i) Calculate ORS according to weight give with in first four hours.
- ii) After four hours reassess the child
- iii) Begin breast feeding at clinic
- iv) Give ORS for home

Plan C: Severe dehydration

- i) iv fluids
 - <1 year_ 30ml/kg in 1 hour then 70ml/kg in 5 hours
 - 2 to 5 year _ 30ml/kg in 30 mint then 70ml/kg in 2.5 hour.

- ii) ORS _ 5ml /kg/hr
- iii) Abx
 - Ciprofloxacin
 - Ceftriaxone
 - Metronidazole

Febrile Convulsion

Febrile seizures are seizures or convulsions that occur in young children. They are triggered by fever typically above 101 degrees Fahrenheit (38.3 degrees Celsius).

Symptoms may include:

- Loss of consciousness or passing out
 - Uncontrollable shaking
 - Eye rolling
 - Rigid (stiff) limbs
 - 1) If fits < 15 min in 1 day and conscious level intact_ Called simple seizure.
 - 2) If fits >15 min in multiple time in 1 day and unconscious_ called Complex seizure.
- ix_ EEG (Electroencephalogram)

Treatment:

- i) Paracetmol
- ii) Phenytoin/phenobarbital
- iii) Counselling

Extended program on immunization in Pakistan.
(Very important for viva)

At Birth	---	OPV, BCG
6 Weeks	---	OPV, Pentavalent, PCV
10 Weeks	---	OPV, Pentavalent, PCV
14 Weeks	---	OPV, Pentavalent, PCV
9 Months	---	Measles
12 Months	---	Hepatitis A, Chicken pox
15 Months	---	PCV
18 Months	---	OPV + Hepatitis A
> 2 Years	---	Typhoid
4-5 Years	---	OPV + Chicken Pox + DPT
10 Years	---	TT (Tetanus Toxoid)

Diarrhea history: (Past 2020,2021)

اسلام و ملکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تفصیل کر رہا ہوں۔
مجھے آپ سے بچے کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
آپ کا کیا نام ہے؟ اور بچے کے کیا گتے ہیں؟
بچے کا نام ہے؟ بچے کی عمر کیا ہے؟ آپ لوگ کہاں سے آئے ہیں؟

آج آپ بچے کو کس مسئلے سے ہسپتال لائے ہیں؟
مریض کے وراثت : بچے کو ڈائریلاوز موشن ہیں۔
ڈاکٹر: کب سے ڈائریا ہے؟

Can apply ODPARA
Associated symptoms:

1. Enterocolitis
2. Lactose intolerance
3. Celiac disease
4. Cow milk allergy
5. Intussusception
6. Mickle diverticulum
7. Antibiotic use

بچے کو کوئی دوائی تو نہیں چل رہی؟

Must ask these 4 pallor at the end of every peads history.

1. Delivery

بچے کی پیدائش کہاں ہوئی ہے؟
کچھ ندرل یا آپریشن سے ہوا؟

چھوٹا آپریشن ہوا یا بڑا آپریشن ہوا؟

2. Feeding

بچے کو دودھ کونسا پلاتے ہیں؟

دودھ میں پانی کیسے ملا دیتے ہیں؟

3. Vaccination

بچے کو حفاظتی ٹیکے وقت پر لگائے ہیں؟

کیا آپ کارڈ لے کر آئے ہیں؟

1. Nutrition

بچے کے کھانے کا طریقہ کار کیا ہے؟

At the end:

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

History Of Febrile Convulsion (Past 2018,2021,2024)

اسلام و ملکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تفصیل کر رہا ہوں۔
مجھے آپ سے بچے کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔
آپ کا کیا نام ہے؟ اور بچے کے کیا گتے ہیں؟
بچے کا نام ہے؟ بچے کی عمر کیا ہے؟ آپ لوگ کہاں سے آئے ہیں؟
آج آپ بچے کو کس مسئلے سے ہسپتال لائے ہیں؟
مریض کی ماں: بچے کو جھٹکے گئے ہیں۔
ڈاکٹر: کتنا عمر ہو گیا جھٹکے گئے ہیں؟
بچے کو جھٹکے جدار کے بعد تو نہیں گئے؟

Viva: _

3 Condition can appear with fits:

- Febrile convulsion
- Cerebral Malaria
- Meningitis

If Febrile

جب جھٹکے گئے ہیں اس کا دورانیہ کتنا ہوتا ہے؟

ایک دن میں جھکے کتنا ہر گتے ہیں؟
 جھکے گتے ساتھ بچے بے ہوش تو نہیں ہوتا؟
 آپ کی شادی خاندان میں ہوئی یا باہر؟

If Malaria:

بچے کو سردی کے ساتھ بخار، پسینہ، اور جھکے گتے ہوں؟

If Meningitis:

بچے کو بخار کے ساتھ گردن میں کھچاؤ اور جھکے گتے تو نہیں گتے؟

Then ask about previous history:

1. Delivery

بچے کی پیدائش کہاں ہوئی ہے؟
 بچہ ندرل یا آپریشن سے ہوا؟
 چھوٹا یا آپریشن ہوا یا بڑا آپریشن ہوا؟

2. Feeding

بچے کو دودھ کونسا پلاتے ہیں؟
 دودھ میں پانی میں ڈالتے ہیں؟

3. Vaccination

بچے کو حفاظتی ٹیکے وقت پر لگائے ہیں؟
 کیا آپ کارڈ لے کر آئے ہیں؟

1. Nutrition

بچے کے کھانے کا طریقہ کار کیا ہے؟

At the end:

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

History Fever

اسلام و علیکم۔

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔
 مجھے آپ سے بچے کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟ اور بچے کے کیا گتے ہیں؟

بچے کا نام ہے؟ بچے کی عمر کیا ہے؟ آپ لوگ کہاں سے آئے ہیں؟

آپ بچے کو کس مسئلے سے ہسپتال لائے ہیں؟

مریض کی ماں: بچے کو بخار ہے؟

ڈاکٹر: بچے کو بخار کب سے ہے؟
 بخار کی نوعیت تھرمائز سے چیک کی ہے؟

Association:

1. Ear infection

بچے کو بخار کے ساتھ کان سے پیپ، درد، یا کان پر بار بار ہاتھ لگاتا ہو؟

2. Allergic rhinitis

بچے کو بخار کے ساتھ ناک تو نہیں بہتا، یا جھینگیں تو نہیں آتی؟

3. URTI

بچے کو کھانسی یا کھراپ تو نہیں؟

4. Febrile convulsion

بچے کو بخار کے ساتھ جھکے گتے تو نہیں گتے؟

5. Meningitis

بچے کو بخار کے ساتھ گردن میں کھچاؤ اور جھکے گتے تو نہیں گتے؟

6. Diarrhea

بچے کو بخار کے ساتھ التیاس اور جھینگیں تو نہیں ہس؟

7. Measles

بچے کو بخار کے ساتھ جلد پر دانے تو نہیں پئے؟

Then ask about previous history:

1. Delivery

بچے کی پیدائش کہاں ہوئی ہے؟
 بچہ ندرل یا آپریشن سے ہوا؟
 چھوٹا یا آپریشن ہوا یا بڑا آپریشن ہوا؟

2. Feeding

بچے کو دودھ کونسا پلاتے ہیں؟
 دودھ میں پانی میں ڈالتے ہیں؟

3. Vaccination

بچے کو حفاظتی ٹیکے وقت پر لگائے ہیں؟
 کیا آپ کارڈ لے کر آئے ہیں؟

1. Nutrition

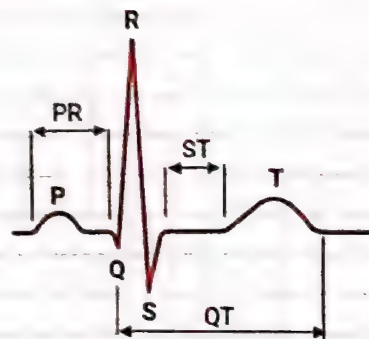
بچے کے کھانے کا طریقہ کار کیا ہے؟

At the end:

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

IMPORTANT VIVA AND CASES ON ECG

• Viva_



Electrocardiogram
(ECG)

P wave: Atrial Depolarization

QRS: Ventricular depolarization

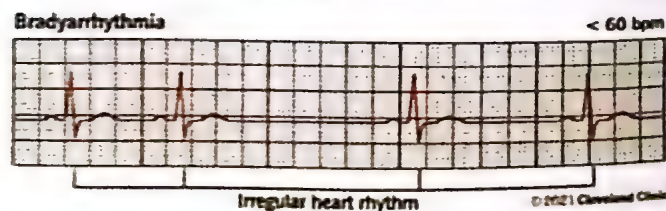
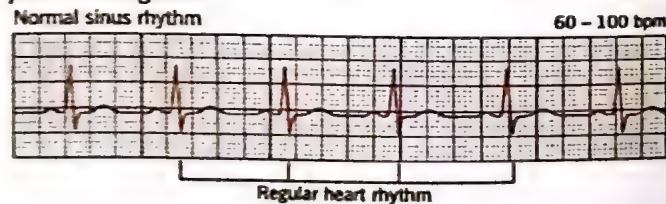
PR interval: AV nodal delay

ST segment: Ventricular depolarization

T wave: Ventricular repolarization

• How to check rhythm?

If the R-R interval is constant, we can assume the rhythm is regular. If the R-R interval differs across beats we can say the rhythm is irregular.



• How to calculate Heart rate?

Heart rate = 300 / big square between R-R wave

For Example:

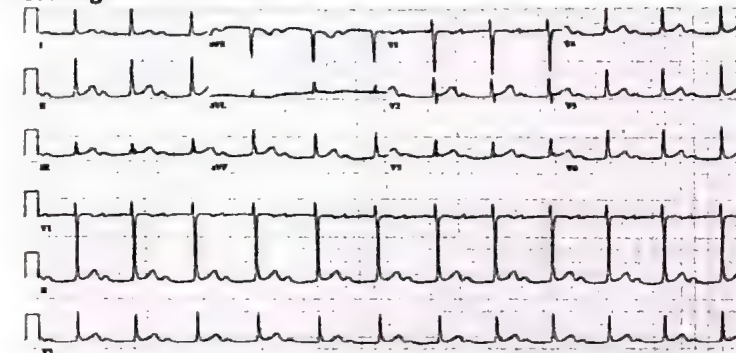
HR = 300/5 = 60 /min

Lead II is prominent to diagnose any ECG

• Heart Block_

A condition in which AV node fail to conduct impulse on time.

i) 1st degree heart block



Constant prolongation of PR interval

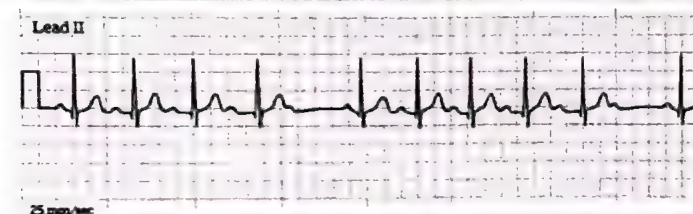
No beat missing

• Asymptomatic

Rx_ Temporary pacemaker, Atropine

ii) 2nd degree heart block

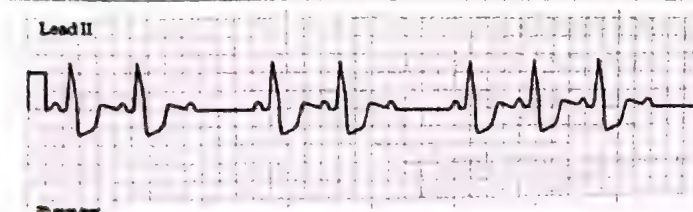
• Mobitz type 1



Progressive lengthening of PR interval with beat missing.

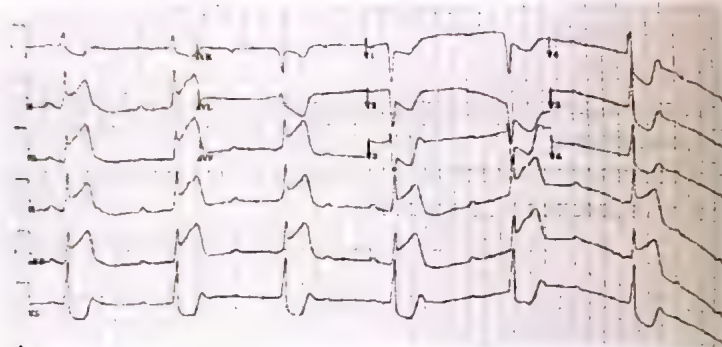
Rx_ Pacemaker

• Mobitz type 2



Constant prolongation of PR interval with beat missing.

Rx_ Permanent pacemaker



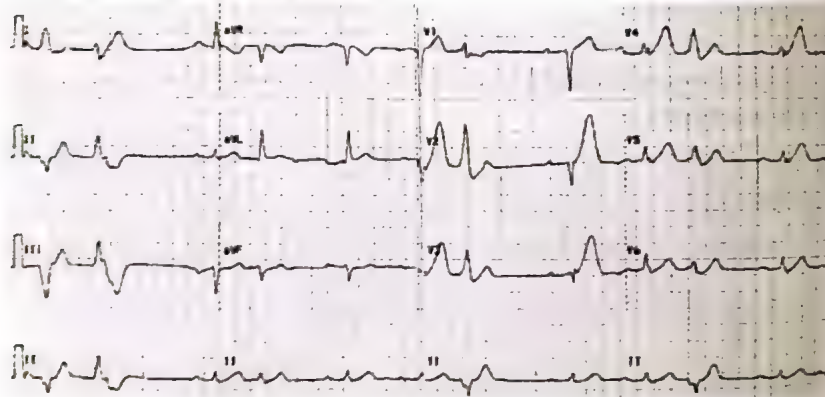
iii) 3rd degree heart block

Complete heart block in which atria and ventricle contract independently and not follow the each other.

Rx_ Permanent pacemaker, Transplant

Case_1

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



Ans_1: Anterior wall MI

Ans_2: ST elevation lead V3_V4

Ans_3: ACS first line

- i) Resuscitation
- ii) Inj.Morphine 10mg with Cyclizine IV
- iii) O2 inhalation
- iv) inj.Nitroglycerine 2mg/hrs.

v) Tab.Aspirin 300mg oral

vi) inj.enoxaparin 40mg x Sc

If <4.5 hour

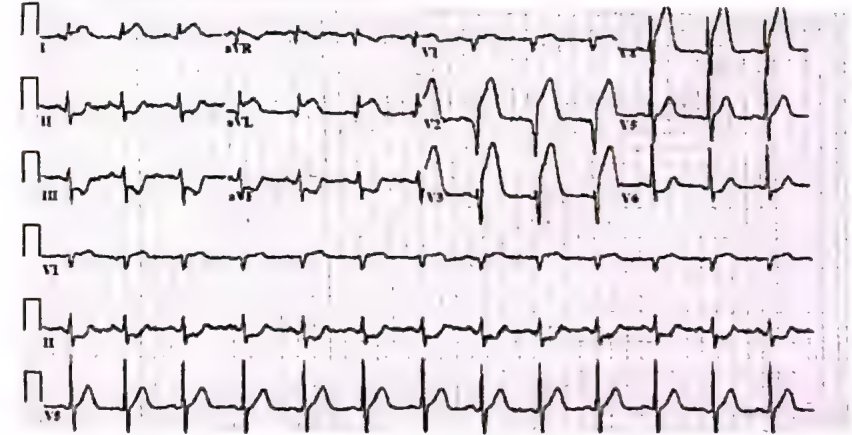
Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.

Next Management:

- i) Angioplasty
- ii) Percutaneous intervention

Case_2: (Past 2021,2024)

1. Diagnose the Case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



Ans_1 Antero lateral wall MI

Ans_2 ST elevation on lead I,AVL,V2,V3,V4,V5

Ans_3 ACS first line

- i) Resuscitation
- ii) Inj.Morphine 10mg with Cyclizine IV
- iii) O2 inhalation
- iv) inj.Nitroglycerine 2mg/hr
- v) Tab.Aspirin 300mg oral
- vi) inj.enoxaparin 1.5mg /kg x Sc

If <4.5 hour

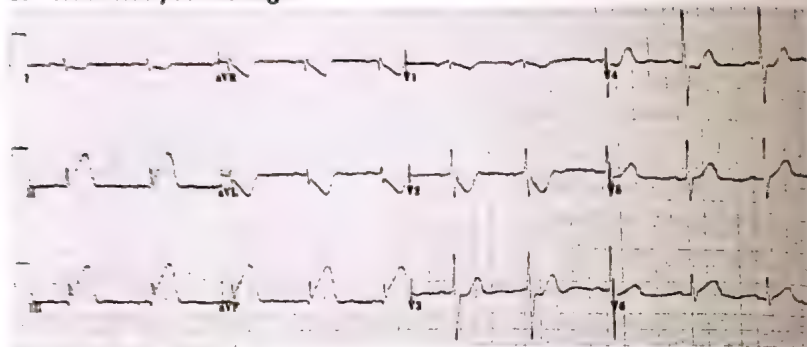
Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.

Next Management:

- i) Angioplasty
- ii) Percutaneous intervention

Case_3:

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG?
3. How will you manage?



Ans_1: Inferior wall MI

Ans_2: ST elevation on lead II, III, AVF

Ans_3:

ACS first line

- i) Resuscitation
- ii) Inj. Morphine 10mg with Cyclizine IV
- iii) O₂ inhalation
- iv) inj. Nitroglycerine 2mg/hr
- v) Tab. Aspirin 300mg oral
- vi) inj. enoxaparin 40mg x Sc

If <4.5 hour

Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.

Next Management:

- i) Angioplasty
- ii) Percutaneous intervention

Case_4:

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



Ans_1 Lateral wall MI

Ans_2 ST elevation in lead I and lead AVL

Ans_3 ACS first line

- i) Resuscitation
- ii) Inj. Morphine 10mg with Cyclizine IV
- iii) O₂ inhalation
- iv) inj. Nitroglycerine 2mg/hr
- v) Tab. Aspirin 300mg oral
- vi) inj. enoxaparin 40mg x Sc

If <4.5 hour

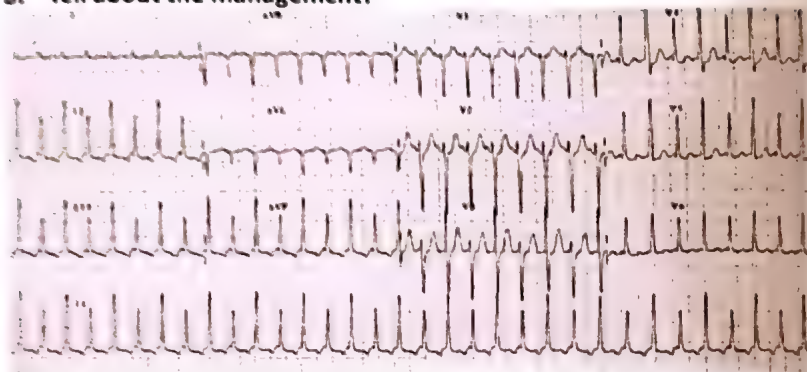
Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.

Next Management:

- i) Angioplasty
- ii) Percutaneous intervention

Case_5

1. Diagnose the Case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



Ans_1 Supra ventricular tachycardia

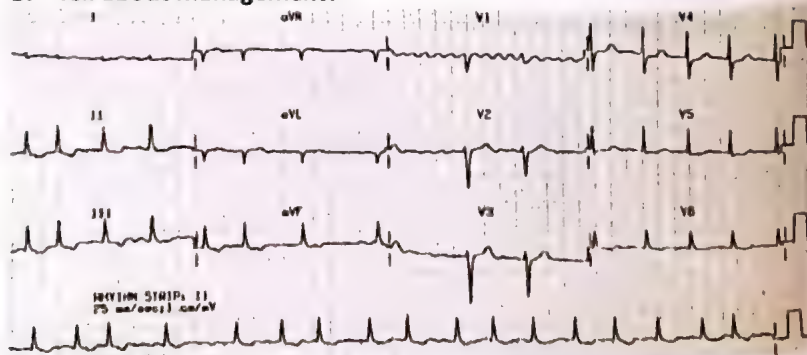
Ans_2 Narrow QRS complex, P wave not detectable

Ans_3

- i) Carotid sinus massage
- ii) Vagal maneuver
- iii) Adenosine 6mg iv with 20 ml NS
- iv) Cardioversion

Case_6:

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG findings?
3. Tell about management?



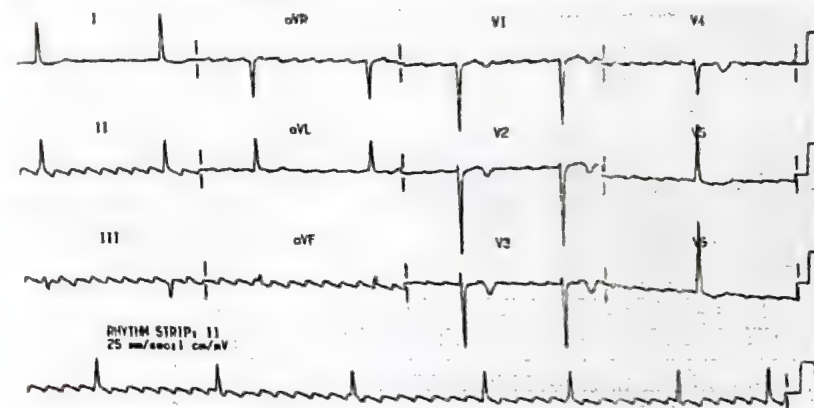
Ans_1: Atrial Fibrillation

Ans_2: P wave absent, Irregular rhythm Tachycardia

Ans_3: BB (Bisoprolol/Atenolol), CCB (Verapamil) , Amlodarone, Warfarin

Case_7:

1. Diagnose the case ?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the Cause?



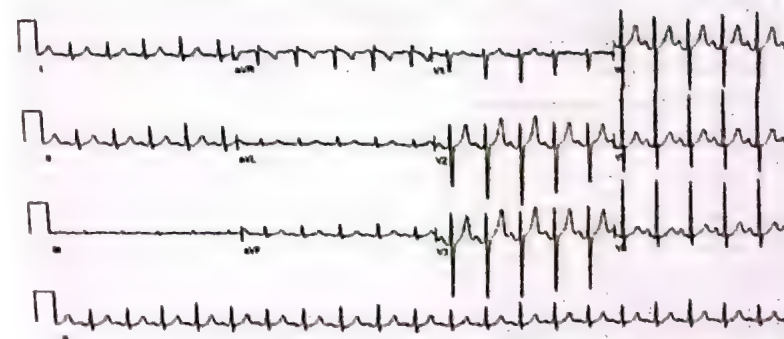
Ans_1 Atrial flutter

Ans_2 Regular rhythm, Saw tooth appearance

Ans_3 i) Valvular heart disease ii) Alcoholism

Case_8:

1. Diagnose the case?
2. Tell about the Causes?
3. How will you manage?



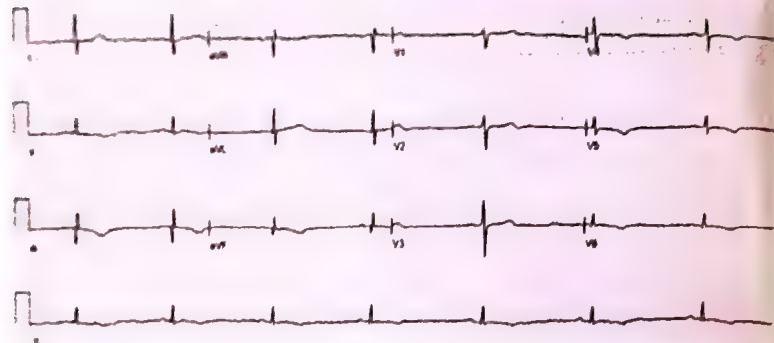
Ans_1: Sinus tachycardia HR>100 bpm

Ans_2: i) Fever ii) Hyperthyroidism iii) Anxiety iv) Hypotension

Ans_3 : CCB, BB

Case_9

1. Diagnose the case?
2. Tell about the causes?
3. How to manage this problem?



Ans_1 Sinus Bradycardia HR < 60 bpm

Ans_2

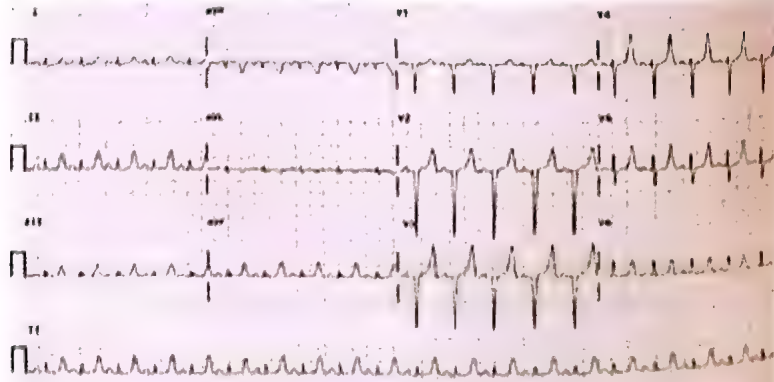
- i) Hypothyroidism
- ii) Heart failure
- iii) Myocarditis
- iv) BB overdose

Ans_3 Treat underlying cause

Can give Atropine in severe condition.

Case_10

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



Ans_1 Hyperkalemia

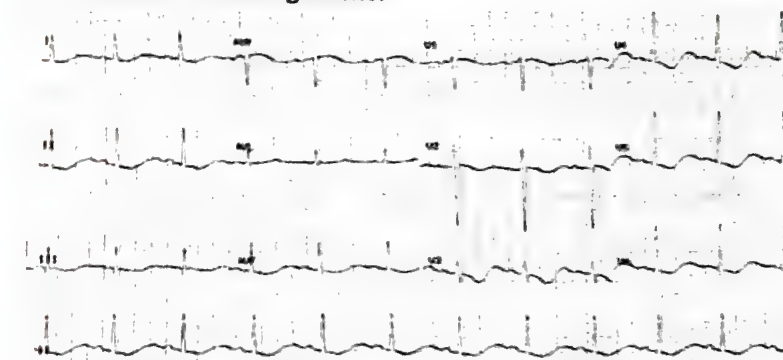
Ans_2 Peaked T wave, Prolong PR interval, ST depression

Ans_3

- i) Calcium gluconate
- ii) B2 Agonist
- iii) Insulin
- iv) Glucose

Case_11

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



Ans_1 Hypokalemia

Ans_2 T wave inversion, Pathological U wave, ST depression

Ans_3 Rx: Oral potassium

IMPORTANT CONSENT

1. Lumber puncture consent:

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے آپ کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟

آپ کی عمر کتنی ہے؟

جی آپ اپنی بیماری کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

(Same all above in every consent)

مریض۔ ڈاکٹر صاحب مجھے رات کو اچانک کچکی، بخار اور گردن میں کچاؤ شروع ہو گیا تھا اور گھر والے مجھے ہسپتال لے آئے تھے۔

ڈاکٹر جی میں سمجھ گیا ہوں۔ اس بیماری کے لیے ہمیں ایک ٹیسٹ کرنا ہے جس میں آپ کی کمرٹ پانی نکالا جائے گا۔

ہمیں امید ہے آپ ہمارے ساتھ تعاون کریں گے۔

مریض۔ کیا ڈاکٹر صاحب اس ٹیسٹ کے علاوہ اور کوئی حل نہیں۔

ڈاکٹر۔ نہیں یہ ٹیسٹ انتہائی ضروری ہے۔

مریض۔ مجھے درد بھی ہو گا کیا۔؟

ڈاکٹر۔ ہماری ٹیم اس جگہ کو سن کر سے گی اور آپ کو بلکل درد محسوس نہیں ہو گا۔

مریض۔ یہ ٹیسٹ اتنا کیوں ضروری ہے؟

ڈاکٹر۔ اس سے جراثیم پھیلنے کا اور ہمیں تشخیص کرنے میں آسانی ملے گی۔

مریض۔ اس ٹیسٹ کا کوئی نقصان تو نہیں ہے؟

ڈاکٹر۔ ویسے اس سے ہلکی سی ہچکچاہٹ اور درد ہوتا ہے لیکن ہماری ٹیم بہت تجربہ کار ہے آپ کو یہ مسئلہ نہیں ہو گا۔

مریض۔ ڈاکٹر صاحب آپ یہ ٹیسٹ کریں۔

Dont forget to take consent sign at the end.

ڈاکٹر۔ آپ اس کو پڑھیں اور دستخط کر دیں۔

آپ کا شکریہ۔

2. Diabetic foot amputation Counselling

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے آپ کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟

آپ کی عمر کتنی ہے؟

جی آپ اپنی بیماری کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

مریض۔ ڈاکٹر صاحب میں شوگر کے مرض میں شکار ہوں۔

اچھا آپ کو یہ مرض کتنا عرصہ سے ہے؟

مریض۔ مجھے یہ مسئلہ 20 سالوں سے ہے۔

آپ ابھی اس کے لیے دوائی لیتے ہو یا انسولین؟

مریض۔ میں اس کے لیے انسولین لگاتا ہوں۔

کبھی پتیک کیا ہے شوگر کنٹرول میں ہے۔

مریض۔ جی شوگر زیادہ کنٹرول میں ہے۔

اچھا ابھی کس تکلیف کے ساتھ آئے ہو؟

مریض۔ میرا پاؤں کالا ہو رہا تھا اور انفیکشن بھی ہوتا جا رہا ہے

جی یہ اس کو ہم مشورہ دیتے ہیں۔

مریض۔ ڈاکٹر صاحب اس کا کیا علاج ہے؟

اس کا اب علاج تو مشکل ہے آپ کی شوگر کنٹرول میں نہیں رہی اور پاؤں بہت زیادہ خراب ہو گیا ہے۔

مریض۔ اب کیا ہو گا ڈاکٹر صاحب؟ علاج کیسے ہو گا؟

جی اب علاج یہی ہے اس ٹانگ کو کاٹنا پڑے گا۔

مریض۔ ڈاکٹر صاحب آپ کسی بات کر رہے ہیں آپ دوائی سے علاج کیوں نہیں کرتے؟ اگر ٹانگ کٹا دی میں کام کیسے کروں گا

گھر کا کیا کام کرنے والا ہوں۔

جی میں آپ کی تکلیف سمجھ سکتا ہوں لیکن حقیقت یہی ہے آپ کا اور علاج ممکن نہیں ہے۔ ٹانگ کٹا دی جائے گی۔

Show empathy never show sympathy, when you are counselling.

مریض۔ پھر میرا کیا ہو گا میں چل نہیں پڑا گا۔

جی ایسی بات نہیں ہے کافی لوگوں کو اس طرح کے مسئلے ہوتے ہیں۔ آپ معنوی ٹانگ لگاوا سکتے ہیں پہلی کی طرح چل پھر سکتیں

گے اور کام بھی کر سکیں گے۔

مریض۔ اچھا ڈاکٹر صاحب میں گھر والوں کے ساتھ مشورہ کر لوں پھر بتاؤں گا۔

جی فیک ہے اور کوئی بات پوچھنی ہو تو پوچھ سکتے ہیں۔

آپ کا بہت شکریہ۔

3. Counselling for cholecystectomy (Past ,2024)

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کی بیماری کے متعلق شخصیات کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے آپ کی صحت کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟

آپ کی عمر کتنی ہے؟

جی آپ اپنی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

مریض۔ ڈاکٹر صاحب مجھے پیٹ میں درد رہتا ہے اور پتہ چلا تھا پتے میں پتھریاں ہیں۔

اچھا آپ کو یہ مرض کب سے ہے؟

مریض۔ مجھے یہ مسئلہ 6 مہینوں سے ہے۔

جی ہماری ٹیم نے آپ کی بیماری کی پوری شخصیات کی ہے اور اس کا یہی علاج نکالا ہے۔

مریض۔ جی ڈاکٹر صاحب کیا علاج ہے اس کا اب؟

اس کا علاج اب یہی ہے کہ اس کا آپریشن ہو گا پتے کو نکالنا پڑے گا۔

مریض۔ ڈاکٹر صاحب کیا آپریشن کروانا ضروری ہے؟ وادائی سے علاج نہیں ہو سکتا کیا؟

اب ممکن نہیں ہے وادائی سے ٹھیک ہو۔ جب پتہ ایک بار پتھریاں بنانا شروع کرتا ہے تو پھر ٹھیک نہیں ہوتا۔

مریض۔ اگر میں آپریشن نہ کرواؤں کوئی نقصان ہو گا؟

جی بالکل اس کے بہت زیادہ نقصان ہیں اگر آپریشن نہیں کرتے تو پتہ پھٹ سکتا ہے جو کہ خطرناک ہے۔

اس سے پورے پیٹ میں انفیکشن ہو سکتا ہے اور یہ قان کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔

مریض۔ اگر میں آپریشن کرواؤں بعد میں کوئی مسئلہ تو نہیں ہو گا۔

نہیں اس کے بعد آپ کو کوئی مسئلہ نہیں ہو گا آپ کو کچھ وادائیاں دیں گے وہ استعمال کرنی ہیں اور چکنا پٹ والی چیزوں سے دور رہنا

ہے۔

اچھا ڈاکٹر صاحب میں اس کے لیے تیار ہوں۔ آپ آپریشن کی تیاری کریں۔

ٹھیک ہے اس کاغذ کو پڑھیں اور دستخط کر دیں

تعاون کا بہت شکریہ۔

CHAPTER 12

IMPORTANT HISTORY TOPIC

1. Fever History.

! اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپ کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ

تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟ کیا آپ شادی

شده ہیں؟

(All above same in every history)

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں

مریض بولے گا مجھے بخار ہے؟

Then you will ask: ODPARA

Onset

اچھا آپ کو بخار اچانک سے ہوا ہے یا آہستہ سے ہو رہا تھا؟

Duration

آپ کو بخار کب سے ہے؟

Progression

آپ کا بخار ٹھیک بھی ہوا ہے یا بڑھ رہا ہے؟

Aggravating

کوئی ایسا عمل جس سے بخار کی نوعیت میں اضافہ ہوا ہو؟

Relieving

کوئی ایسا عمل جس سے بخار کی نوعیت میں کمی ہوئی ہو؟

Associated Symptoms:
(Rule out every system)

1. UTI

آپ کو بخار کے ساتھ پیشاب میں جلن یا درد تو نہیں ہوتا

2. Pneumonia

آپ کو بخار کے ساتھ کھانسی یا غلظت دھیرہ تو نہیں ہے؟

3. GIT

آپ کو بخار ساتھ پیٹ میں جلن، درد یا ڈائریا تو نہیں ہے؟

4. ENT

آپ کو بخار کے ساتھ کانوں میں درد اور ریشہ تو نہیں آتا؟

5. Malignancy

آپ کو بخار ساتھ وزن میں کمی یا گھٹیاں تو نہیں بن رہی ہیں؟

6. Meningitis

آپ کو بخار ساتھ الٹیاں اور گردن میں کھینچاؤ تو نہیں ہے؟

MSDAS First bring ICE

(Ask at the end of every history)

1. Medical Issue

آپ کو پہلے کوئی شوگر یا بلڈ پریشر کا مسئلہ تو نہیں ہے؟

2. Surgery

آپ کا پہلے کبھی آپریشن تو نہیں ہوا؟

3. Drugs

آپ پہلے کوئی دوائی تو نہیں کھا رہے ہیں؟

4. Allergy

آپ کو پہلے الرجی وغیرہ تو نہیں ہے؟

5. Social info

ابھی میں کچھ سوال ذاتی نوعیت پر کروں گا اگر آپ نا بتانا چاہیں تو بتا سکتے ہیں؟

کیا آپ سگریٹ یا شراب پیتے ہیں؟

آپ کے لہنی ہوئی/خاندان کے علاوہ کسی کے ساتھ تعلقات تو نہیں ہیں؟

6. Family history

گھر میں کوئی اور اس طرح کی بیماری میں تو نہیں ہے؟

7. Talk

کوئی اہم بات جو آپ مجھے بتانا چاہتے ہوں؟

8. Idea

آپ کو کیا لگتا ہے آپ کو کیا ہو سکتا ہے؟

9. Consent

کوئی ایسی بات جو آپ کو زیادہ پریشان کر رہی ہو؟

10. End

جو بات ہمارے درمیان ہوئی ہے کیا آپ اس سے مطمئن ہیں؟

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ

6. History of Cough

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

(All above same in every history)

مئی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں
مریض بولے گا مجھے کھانسی ہے؟

Then you will ask :

آپ کو کھانسی خشک ہے یا بلغم والی؟

If Dry Cough:

1. Bronchial asthma

آپ کو سانس میں دشواری اور سانس باہر نکالتے وقت سیٹی کی آواز تو نہیں آتی؟

2. Sinusitis

آپ کا ناک بند تو نہیں رہتا؟ اور ناک کا پانی گلے میں آتا ہو؟

3. ACE inhibitors

آپ بلڈ پریشر کی کوئی دوائی تو استعمال نہیں کر رہے؟

4. Allergy

آپ کو کھانسی کسی خاص موسم میں تو نہیں ہوتی؟

If wet Cough:

Check color, Quantity, odour, blood and ask from patient.

1. Pneumonia

آپ کو بلغم والی کھانسی ساتھ سانس میں دشواری اور بخار وغیرہ تو نہیں ہے؟

2. Bronchiectasis

آپ کو بلغم ایک کپ جتنا آتا ہو اور اس سے بہاؤ ہوتی ہو؟

3. COPD

آپ کو پرانی کھانسی تین مہینوں سے لگی ہو اور سگریٹ وغیرہ پیتے ہوں؟

4. Lung cancer

کھانسی میں خون آتا ہو اور ساتھ میں وزن میں کمی اور گھٹیاں بن رہی ہوں؟

MSDAS First bring ICE

(Ask at the end of every history)

1. Medical Issue

آپ کو پہلے کوئی شوگر یا بلڈ پریشر کا مسئلہ تو نہیں ہے؟

2. Surgery

آپ کا پہلے کبھی آپریشن تو نہیں ہوا؟

3. Drugs

آپ پہلے کوئی دوائی تو نہیں کھا رہے ہیں؟

4. Allergy

آپ کو پہلے الرجی وغیرہ تو نہیں ہے؟

5. Social info

ابھی میں کچھ سوال ذاتی نوعیت پر کروں گا اگر آپ نا بتانا چاہیں تو بتا سکتے ہیں؟

کیا آپ سگریٹ یا شراب پیتے ہیں؟

آپ کے اپنی بیوی/خاوند کے علاوہ کسی کے ساتھ تعلقات تو نہیں ہیں؟

6. Family history

گھر میں کوئی اور اس طرح کی بیماری میں تو نہیں ہے؟

7. Talk

کوئی اہم بات جو آپ مجھے بتانا چاہتے ہوں؟

8. Idea

آپ کو کیا لگتا ہے آپ کو کیا ہو سکتا ہے؟

9. Consent

کوئی ایسی بات جو آپ کو زیادہ پریشان کر رہی ہو؟

10. End

جو بات ہمارے درمیان ہوئی ہے کیا آپ اس سے مطمئن ہیں؟

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ

7. Headache history

اسلام وعلیہم

میراثام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ

تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟ کیا آپ شادی

شده ہیں؟

(All above same in every history)

جی آپ کس سٹلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں

مریض بولے گا مجھے سر درد ہے؟

OLDCARTS

1. Onset

آپ کو سر درد اچانک سے ہوا یا پہلے سے ہو رہا تھا؟

2. Location

سر درد کس جگہ ہو رہا ہے؟

3. Duration

آپ کو سر درد کب سے ہے؟

4. Character

آپ کا سر درد تیز ہے یا بوجھ کی طرح ہے؟

5. Aggravating

کوئی ایسا عمل جس سے سر درد کی نوعیت میں اضافہ ہوا ہو؟

6. Radiation

آپ کا سر درد جسم کے کسی اور حصے میں تو نہیں جا رہا؟

7. Timing

کیا آپ بتا سکتے ہیں سر درد مسلسل ہے یا درمیان میں ٹھیک بھی ہوا ہے؟

8. Severity

Give 10 number to the patient to check severity of the pain.

آپ کو سر درد دس نمبر میں سے کتنا ہے؟

9. Associated symptoms

Migraine Headache:

آپ کا سر درد کسی ایک حصے میں ہو اور شور بوجھ لگتا ہو؟ اور اکیلے رہنے سے بوجھ کم ہوتا ہو؟

Cluster Headache:

آپ کو سر درد کے ساتھ آنکھوں میں درد اور پانی تو نہیں آتا؟

Tension Headache:

آپ کو سر درد ماتھے کے دونوں اطراف ہوتا ہو؟

Meningitis:

آپ کو سر درد کے ساتھ التیایاں آتی ہوں اور گردن میں کھپکھپاتا ہوتا ہو؟

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

4. Diabetic History

اسلام علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

(All above same in every history)

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں
مریض بولے گا مجھے شوگر ہے؟

ODPARA

Then ask this these question:

1. Diabetes symptoms

آپ کو بھوک اور پیاس زیادہ لگتی ہو؟ ساتھ میں زیادہ پیشاب آتی ہو؟

2. Diabetic retinopathy

آپ کو نظر میں مسئلہ ہوتا ہو؟ یا دھندلہ دکھائی دیتا ہو؟

3. Diabetic neuropathy

آپ کے ہاتھ پاؤں تو سن نہیں ہو جاتے؟

4. Diabetic nephropathy

آپ کو پیشاب میں خون آتا ہو؟ یا گردوں والی جگہ درد ہوتا ہو؟

5. Hemochromatosis

آپ کو تھکی کی کیفیت، بھوک کا نہ لگنا یا جسم پر نشون تو نہیں؟

MSDAS First Bring ICE

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

CHAPTER 13

COUNSELLING

1. Thalassemia

اسلام علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بیٹے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔
مجھے آپ سے آپ کے بیٹے کی صحت کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟ میرا نام علی ہے۔

آپ کے بیٹے کا کیا نام ہے؟

آپ کے بیٹے کی عمر کتنی ہے؟

جی آپ اپنے بیٹے کی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

علی۔ ڈاکٹر صاحب میرے بیٹے کو خون کی کمی رہتی ہے اور اکثر بیمار رہتا ہے۔

ڈاکٹر۔ جی میں سمجھ گیا ہوں۔ جب آپ بچے کو لے کر آئے تھے تو کافی خون کی کمی تھی اس کے بعد ہم نے خون گلوایا تھا اور چند ایک ٹیسٹ کروائے تھے۔ جن کی رپورٹ آگئی۔

علی۔ ڈاکٹر صاحب رپورٹ میں کیا آیا ہے؟

بچے کو تھیلیسیما ہے جس کی وجہ سے اکثر خون کی کمی رہتی ہے۔

علی۔ ڈاکٹر صاحب یہ کیسی بیماری ہے اس کا اکثر نام سنتے ہیں۔

یہ ایک موروثی بیماری ہے جس میں بچے کے ہیموگلوبن میں

پرورش کا مسئلہ آتا ہے اور خون نہیں بنتا۔ اس میں تلی بھی سائز میں بڑی ہوجاتی ہے۔ جس سے تلی میں

خون کے سرخ خلیے وقت سے پہلے لوتے رہتے ہیں اور خون ہمارے نہیں بنتا۔

بچے کو اکثر بخار رہتا ہے اور قوت مدافعت کم ہوتی ہے اور کی قسم کے الیکشن ہوتے رہتے ہیں۔

اور اک اہم چیز اس میں کبھی کبھار تلی کو نکالنا پڑھ سکتا ہے جس سے بچے کے خون بننے میں کافی فرق آتا

ہے۔

ڈاکٹر: جی گھبرانے والی کوئی بات نہیں ہے۔ آپ کے بچے کو ایک قوت مدافعت کی بیماری ہوگی ہے۔

ماں: ڈاکٹر صاحب وہ کوئی بیماری ہے؟

ڈاکٹر: اس بیماری کو ہم نام دیتے ہیں

“Celiac disease”

بیماری ہاضمہ اور مدافعتی نظام کے متعلق ہے جس کی وجہ سے چھوٹی آنت کو نقصان پہنچتا ہے۔ اس بیماری کے شکار افراد کو اسہال، پیٹ پھول جانا، گیس اور خون کی کمی جیسی علامات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

ماں: ڈاکٹر صاحب اس بیماری کا پتہ کیسے چلتا ہے؟

ڈاکٹر: اس بیماری کی علامات گھوٹن نالی پر وٹن کی وجہ سے شدت اختیار کر سکتی ہیں۔

ماں: ڈاکٹر صاحب میرے بچے کا علاج کیسے ہوگا؟

ڈاکٹر: علی صابر پریشانی والی کوئی بات نہیں ہے۔

ان علامات سے چھٹکارا پانچ ماہ میں ممکن ہو سکتا ہے کہ اس کے لاحق ہونے کی صورت میں ایسی غذاؤں کا استعمال ترک کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے جن میں گھوٹن بھرپور مقدار میں پایا جاتا ہے۔

ماں: اب بچے کو کھانے میں کیا دے سکتے ہیں؟

ڈاکٹر: آپ نے بچے کو گندم یا گندم کی بنی چیزیں نہیں دیں۔

ماں: مگر میرے بچے کو کھانے کا یہ تو بس کھانا دینی ہے؟

ڈاکٹر: جی میں سمجھ سکتا ہوں لیکن اور بہت سی چیزیں ہیں جو آپ بچے کو دے سکتی ہیں؟

ماں: اچھا ڈاکٹر صاحب پھر اچھی خوراک اور تائیں۔

ڈاکٹر: آپ بچے کو چاول، جوار اور باجرہ کی بنی سب چیزیں دے سکتے ہیں۔

ماں: اچھا ڈاکٹر صاحب پھر میرے بچے کو کھانا دے گا؟

ڈاکٹر: جی ہاں، اگر آپ بچے کی خوراک کا خیال رکھتے ہیں تو آپ کے بچے کوئی پیچیدگی نہیں ہوگی۔

ماں: ٹھیک ہے ڈاکٹر صاحب میں خیال رکھوں گی۔

ڈاکٹر: کوئی اور بات جو پوچھنی ہو؟

ماں: جی نہیں

آپ کے تعاون کا شکریہ

علی: اچھا ڈاکٹر صاحب اب اس کا علاج کیسے ہوگا؟

اس کا علاج تو بہت ہی سہل ہے ہمارے پاس موجود نہیں ہے اس کے علاج کے لیے ہڈیوں کے مولا کو کسی صحت مند انسان سے لے کر تبدیل کیا جاتا ہے

لیکن ابھی ہم بچے کو خون چڑھائیں گے اور اگر زیادہ خون لگے تو آئرن کی مقدار بڑھ جاتی ہے جو جسم کے لیے خطرناک ہے اس کے لے آپ نے بچے کو ہر ایک یا دو ہفتے بعد دہرا لانا ہے جس میں ہم اضافی آئرن کو نکال دیں گے۔

ہوگا ڈاکٹر صاحب اس علاج کے علاوہ اور کیا کرنا علی۔

جی علی صاحب اور اس بچے کی صحت کا خاص خیال رکھنا ہے ذرا بھی بخار اور انفیکشن ہونے لگے تو جلد ہسپتال لانا ہے۔

علی: ٹھیک ہے ڈاکٹر صاحب میں سمجھ گیا ہوں۔

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

2. Celiac disease

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے

میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے آپ کے بیٹے کی صحت کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ بچے کی کیا لگتی ہیں؟

میں بچے کی ماں ہوں۔

آپ کے بیٹے کا کیا نام ہے؟ اچھا

آپ کے بیٹے کی عمر کتنی ہے؟

جی آپ اپنے بیٹے کی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

ماں: جی میرے بچے کو کافی عرصہ سے لوز موشن تھے جب روٹی کھاتا تو لوز موشن لگ جاتے تھے۔

ڈاکٹر: میں آپ کی بات سمجھ گیا ہوں۔

ہم نے چند ایک ٹیسٹ کرائے تھے جن کی رپورٹس آگئی ہے۔

ماں: ڈاکٹر صاحب میرے بچے کی رپورٹس کیسی آئی ہے؟

CHAPTER 24

IMPORTANT VIVA ON SIGN AND SYMPTOMS

1. Meningitis Sign

- **Kerning sign:** Patient on supine position. Right leg flex on knee. Then extend leg, pain will increase.
- **Brudzinski sign:** Flexion of neck, chin touch to sternum, result will flexion of hip and knee joint.

2. Acute cholecystitis

- **Murphy sign:** Ask the patient to exhale, place hand below costal margin at midclavicular line, palpate and feel. It will increase pain.
- **Boas sign:** Place hand below the scapula, and feel sensitivity of phrenic nerve.

3. Acute Pancreatitis (Past 2024)

- **Cullen sign:** Peri Umbilicus echymosis
- **Grey turner:** Echymosis around the flanks
- **Fox sign:** Echymosis on inguinal ligaments
- **Bruant sign:** Echymosis on scrotal area

Ranson Score Biliary pancreatitis At admission	Ranson Score Non gall stone pancreatitis
Age >70 years	Age >55 years
Tlc >18000/mm ³	Tlc >16000/mm ³
LDH >400 IU/l	LDH >350 IU/l
AST >250 IU/l	AST >250 IU/l
RBS >220 mg/dl	RBS >200 mg/dl
At 48 hours	
Drop in hematocrit >10%	Drop in hematocrit >10%
BUN increase >2 mg/dl	BUN increase >5 mg/dl
Calcium <8 mg/dl	Calcium <8 mg/dl
PO ₂ <60 mmHg	PO ₂ <60 mmHg
Base deficit >5 mEq/l	Base deficit >4 mEq/l
Fluid loss >4 litres	Fluid loss >6 litres

4. Splenic Rupture

(Blunt injury, Trauma)

- **Kehr's sign:** Pain referred in left shoulder due to irritation of diaphragm C3_C5.

5. Hypocalcemia

- **Chvostek sign:** Tapping of facial nerve in front of tragus, Result will be ipsilateral contraction of facial muscle.
- **Trousseau's sign:** Induction of carpopedal spasm by inflation of sphygmomanometer above SBP for 3 mins.

6. Acute appendicitis

- **Rovsing sign:** Compressing the LIF due to increase pressure pain will increase in RIF.
- **Obturator sign:** Flex the knee and hip at 90° then medially rotate. It will increase pain in RIF.
- **Psoas sign:** Patient lie left side then passive extension of right thigh. It will increase pain in RIF.
- **Dunphy's sign:** Pain will increase upon coughing.
- **Humburger sign:** Refuse to eat favorites food.

Assessment item	Score
Pain migration to RIF	1
Anorexia	1
Nausea and vomiting	1
RIF tenderness	2
Rebound tenderness	1
Fever $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$	1
Raised WCC	2
Shift of WCC to left	1
Total score	10

Guidelines for management according to total score:
 <4, probability of acute appendicitis (AA) unlikely; 4-7, AA suspected; >7, definite AA.
 RIF, right iliac fossa; WCC, white cell count.

BREAKING THE BAD NEWS

Requirement: Piece of tissue paper, Glass of water

اسلام وعلیکم!

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے مریض کا ڈاکٹر ہوں۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ مریض کے کیا لگتے ہیں؟

مجھے آپ سے اکیلے کمرے میں بات کرنی ہے۔ آپ کسی کو ساتھ بلانا چاہتے ہیں؟

1. Sitting (separate room)
2. Perception (Break the bad news)
3. Intension

جی میں سمجھ سکتا ہوں آپ کے لیے مشکل وقت ہے لیکن حقیقت یہی ہے۔

4. Knowledge (Tell about the patient disease)
5. Empathy (Show empathy never show sympathy)

افسوس یا غم میں برابر شریک کبھی نہیں بولنا۔

بس لشو اور پانی دینا ہے۔

6. Summary

Ask from patient:

میں آپ کو کیا بات بتائی؟

اور کوئی بات مجھ سے پوچھنا چاہتے ہیں؟

آپ کا شکریہ۔

Break the bad news to Father about death of his Son

Requirement: Piece of tissue paper, Glass of water

اسلام وعلیکم!

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے مریض کا ڈاکٹر ہوں۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ مریض کے کیا لگتے ہیں؟

مجھے آپ سے اکیلے کمرے میں بات کرنی ہے۔ آپ کسی کو ساتھ بلانا چاہتے ہیں؟

ڈاکٹر: آپ اپنے بیٹے کی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

مریض کا والد: میرے بیٹے کا کار حادثہ ہوا تھا اور بے ہوش تھا مگر ہم یہاں ہسپتال لے کر آئے تھے۔

ڈاکٹر: جی آپ جب اپنے بیٹے کو یہاں لے کر آئے تھے تو ان کی حالت بہت ہی تشویش ناک تھی۔ ہماری ہسپتال کی پوری ٹیم آپ کے بیٹے کی تشخیص اور علاج پر لگ گئی۔

وہ ٹھیک سے سانس نہیں لے پا رہا تھا اور اس کو کافی چوڑے لگی تھی۔ دماغ پہ کافی چوٹ لگی تھی اندر رگ پھٹ چکی تھی۔ ہم نے کافی کوشش کی اور آپریشن کی تیاری کر رہے تھے لیکن آپ کا بیٹا پہلے ہی دم توڑ چکا تھا۔

مریض کا والد: یہ آپ کیا کہہ رہے ہیں ایسا نہیں ہو سکتا۔

ڈاکٹر: جی میں سمجھ سکتا ہوں آپ کے لیے مشکل وقت ہے لیکن حقیقت یہی ہے آپ کا بیٹا اس دنیا میں نہیں رہا۔

مریض کا والد: آپ کسی طرح کر کے میرے بچے کو بچالیں۔ جیتنا پیسہ لگتا ہے لگائیں۔

ڈاکٹر: ہم نے اپنی طرف سے پوری کوشش کی ہے اور اب آپ حقیقت کو مانیں۔

یہ لشو لیں اور پانی پیجیے۔

At the end:

ڈاکٹر: میں آپ کو جو بات بتائی سمجھ آئی۔

اس کے علاوہ اور کوئی بات پوچھنی ہو تو پوچھ سکتے؟

آپ کا شکریہ۔